

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922. N° 162.

FIBROME ET GROSSESSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 Juillet 1922.

par

GASTON-JACQUES-VICTOR TEULIÈRES

Né à BORDEAUX (Gironde), le 6 Juillet 1895

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT	professeur.	Président.
		PRINCETEAU	professeur.	
		ANDÉRODIAS	agrégé	Juges.
		ROCHER	agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DAGUERRE
19, Rue de Berry, 19

1922

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922. N° 162.

FIBROME ET GROSSESSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 Juillet 1922.

par

GASTON-JACQUES-VICTOR TEULIÈRES

Né à BORDEAUX (Gironde), le 6 Juillet 1895



Examineurs de la Thèse { MM. GUYOT professeur. *Président.*
PRINCETEAU professeur. }
ANDÉRODIAS agrégé } *Juges.*
ROCHER agrégé }

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DAGUERRE

19, Rue de Berry, 19

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS, *doyen*.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

MM.	MM.		
Clinique médicale.....	ARNOZAN. CASSAET.	Pharmacie.....	DUPOUY.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ VILLAR.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
Anatomie pathologique et microscopie clinique..	SABRAZÈS.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..	DENUCÉ.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Anatomie générale et histologie...	G. DUBREUIL.	Clinique médicale des maladies des enfants..	MOUSSOUS.
Physiologie.....	PACHON.	Chimie biologique et médicale...	DENIGÈS.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Médecine légale et déontologie...	VERGER.	Médecine Coloniale et Clinique des Malad. ext.	LE DANTEC.
Physique biologique et clinique d'éléc. médicale.	BERGONIÉ.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH.
Chimie.....	CHELLE.	Clinique des maladies des voies urinaires....	POUSSON.
Botanique et matière médicale....	BEILLE.	Clinique des Maladies nerveuses et mentales..	ABADIE.
		Clinique d'oto-rhino-larngologie.....	MOURE.
		Toxicologie et Hygiène appliqué.....	BARTHE.
M. PRINCETEAU.	— GUYOT. — LABAT.		

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	{ N. N.	Médecine générale.....	{ CREYX. MICHELEAU
Histologie.....	LACOSTE (chargé).	Maladies mentales.....	PERRÈS.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Médecine légale.....	LANDE.
Anatomie pathologique.....	MURATET.		
Parasitologie et sciences naturelles.....	{ R. SIGALAS (chargé) N.	Chirurgie générale.....	{ ROCHER. DUVERGEY. PAPIN.
Physique biologique et médicale..	RÉCHOU.		
Chimie biologique et médicale...	N.	Obstétrique.....	{ PÉRY. FAUGERE.
	{ PETGES. J. CARLES.	Ophthalmologie.....	TEULIÈRES.
Médecine générale.....	{ MAURIAC. LEURET. DUPERIE.	Pharmacie.....	{ N.

CHARGÉS DE COURS :

Cours de clinique dentaire.....	MM. CAVAILLÉ.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie.....	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements.....	PERY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie.....	CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture.....	ANDERODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale.....	SELLIER.
Cours complémentaire de Démonstrations et Préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Cours complémentaire de Chimie.....	RANGIER.
Cours complémentaire de Vénérologie.....	PETGES.
Cours complémentaire de Pathologie interne.....	MAURIAC.
Cours complémentaire de Pathologie externe.....	GUYOT.
Cours complém. d'Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes..	ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE
LE DOCTEUR HENRY TEULIÈRES
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MA MÈRE

A MA GRAND-MÈRE

A MES PARENTS

A MES COUSINS
LE DOCTEUR O. SOUILHÉ
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
ET
LE DOCTEUR P. SOUILHÉ

A MONSIEUR A. TOURNÈS
PHARMACIEN HONORAIRE

*Témoignage de profonde affection
pour sa constante sollicitude.*

AU COMMANDANT MASSOUBRE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
ANCIEN CHEF DE BATAILLON AU 222^{me} D'INF^{rie}
ATTACHÉ A L'ÉTAT-MAJOR DU 18^{me} C. A.

*Inaltérable reconnaissance en souve-
nir d'heures émouvantes vécues au
4^e Bat^{on} du 222^e.*

A MES CAMARADES

A TOUS CEUX QUI M'ONT TÉMOIGNÉ DE L'AMITIÉ

A MON EXCELLENT AMI
LE DOCTEUR A. J. NOUZARÈDE

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. COIQUAUD
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ VILLAR
CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEANNENEY

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

*Profonde sympathie et sincère
reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR FAUGÈRE

PROFESSEUR AGRÉGÉ D'ACCOUCHEMENTS

A MONSIEUR LE DOCTEUR GALTIER

ANCJEN CHEF DE CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

*Témoignage d'estime et de vive sym
pathie.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE TEULIÈRES

PROFESSEUR AGRÉGÉ D'OPHTALMOLOGIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR FRANCIS VILLAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Témoignage de vive gratitude pour
sa paternelle direction pendant tout
le cours de mes études, ses conseils
éclairés et sa compétence si remar-
quable.*

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

CHARGÉ DE COURS DE PATHOLOGIE EXTERNE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE ET DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Mon Cher Maître,

En vous demandant de vouloir accepter la présidence de mon modeste travail, j'ai été surtout guidé par un sentiment de profonde gratitude pour les marques de sympathie et de bienveillance que vous n'avez cessé de me témoigner.

Je connais la bonne amitié de mon père pour vous et je ne pourrai jamais oublier que cette amitié m'a permis d'apprécier sur moi-même votre habileté opératoire et votre haute science.

Ce souvenir demeure ineffaçable en en moi.

Je vous dois beaucoup de reconnaissance et de cette reconnaissance qui ne s'exprime pas par des mots; croyez, je vous prie, à mon dévouement très sincère et très fidèle.



AVANT - PROPOS

Le modeste travail que je présente aujourd'hui, marque la fin de ma vie d'étudiant et une émotion s'empare de moi comme devant toute chose qui disparaît à jamais.

Mon regard se reporte en arrière et alors m'apparaissent, tout le long du chemin parcouru, des visages attentifs et secourables, penchés sur moi. C'est à vous, tout d'abord, mes bien chers parents, dont la constante sollicitude m'a conduit à cette place, que je veux adresser un témoignage de mon affection et de mon respect reconnaissant.

A toi, ma bonne Mère chérie, qui fus vraiment la gardienne du foyer, toujours là aux départs, toujours là aux doux moments des retours.

A toi, mon cher Père, qui a été mon premier Maître et l'instigateur de ma vocation, en me permettant d'apprécier les nobles devoirs du médecin dans les soulagements de la souffrance.

Vous m'avez toujours donné une éducation toute faite de tendresse et d'amour du devoir. Je vous garde une infinie reconnaissance ; j'ai contracté, vis-à-vis de vous, une dette dont je ne pourrai jamais m'acquitter.

J'adresse également un hommage de reconnaissance à tous mes parents ainsi qu'à ceux qui, de près ou de loin, se sont

intéressé à moi et particulièrement à mes Maîtres de l'Institution Sainte-Marie (Grand-Lebrun) qui, même au delà du collège, m'ont donné de nombreux témoignages de sympathie et de dévouement.

Je ne puis oublier les heures terribles vécues pendant la Grande Guerre sous les ordres du chef de bataillon Massoubre ; c'est avec une profonde émotion, mon Commandant, que votre jeune Médecin-Auxiliaire se tourne vers vous, et salue avec vous les mémoires de ces héros, nos frères d'armes du 222^{me} tombés glorieusement au champ d'Honneur.

Messieurs les Professeurs Villar, Guyot et Carles ont guidé mes premiers pas dans l'art difficile de la Chirurgie et de la Médecine ; ils ont droit à toute ma reconnaissance pour leur précieux enseignement. Je dois une mention toute particulière à Monsieur le Docteur Coiquaud qui fut pour moi un vrai professeur de Propédeutique, si utile dans les débuts d'une vie d'étudiant.

Je tiens à remercier tout particulièrement Monsieur le Professeur Cassaet, de l'intérêt qu'il m'a témoigné en maintes circonstances ; je me souviendrai des excellentes leçons de ce Maître chez lequel s'unissent la science et la bonté.

Je remercie également Monsieur le Professeur Faugère des excellents conseils qu'il m'a toujours donnés et de la vive sympathie dont il m'a toujours honoré.

Merci à Monsieur le Professeur Péry de l'amabilité et de la complaisance qu'il a mises à me fournir certains renseignements au sujet de ce travail.

Merci à Monsieur le Docteur Lefebvre pour l'observation intéressante qu'il m'a gracieusement communiquée.

Mes remerciements vont aussi à Monsieur le Docteur Rocher pour ses savantes leçons et la bienveillance qu'il m'a toujours témoignée.

Je n'oublierai jamais la bonté paternelle de Monsieur le Professeur Villar dans le service duquel s'écoulèrent plusieurs de mes stages. Il daigna reporter sur moi la vieille amitié qui l'unissait à mon père. Il m'a donné l'idée première de ce

travail ; qu'il reçoive ici la nouvelle assurance de mon sincère attachement.

Monsieur le Professeur Guyot sait combien mon trop court séjour dans son service a fait naître en moi un respectueux attachement, pour qu'il soit besoin de l'assurer de mon entier dévouement. Il m'a permis de profiter du haut enseignement qui découle de ses savantes leçons de chaque jour et de son grand talent opératoire ; je suis heureux de pouvoir lui exprimer toute ma reconnaissance et tous mes remerciements pour le grand honneur qu'il m'a fait en acceptant de présider ma thèse.

Mon souvenir respectueux va également à Monsieur le Professeur Sigalas, Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux, dont je n'oublierai jamais toute la bonté qu'il a eue à mon égard.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

**Utérus gravide avec fibrome fixé dans le
cul-de-sac de Douglas.**

Césarienne suivie d'hystérectomie totale. Guérison.

Observation inédite due à l'obligeance

de MM. les Professeurs PÉRY et GUYOT.

Madame Th..... 33 ans, primipare. Antécédents personnels ; quelques maladies banales, réglée tard, règles assez régulières, douloureuses durant huit jours, depuis son mariage un peu plus longues.

Dernières règles en novembre 1920 ; quelques phénomènes sympathiques de grossesse durant les trois premiers mois sans rien d'excessif.

Vue pour la première fois à l'occasion d'une menace d'avortement au cours du 4^e mois. A ce moment-là, légère perte de sang, quelques douleurs.

Repos, laudanum et tout rentre dans l'ordre. L'examen montre, en outre, un utérus gravide de près de 4 mois avec un fibrome gros comme une mandarine, situé dans le cul-de-sac de Douglas, très peu mobile et dur.

Perdue de vue jusqu'à 7 mois, pas d'incidents durant ce temps-là. Nouvel examen ; rien d'anormal au point de vue strictement obstétrical. Au toucher le fibrome qui a grossi d'un tiers en plus, à peu

près, est toujours dur et placé dans le Douglas. Aucun changement net jusqu'à terme, sauf que le fibrome grossit légèrement. A plusieurs reprises subobstruction avec coliques vives, état nauséux, ballonnement de la fosse iliaque gauche, cédant facilement à des lavements et à des purgatifs.

Toute tentative de mobilisation de la tumeur est infructueuse.

Entrée en travail le 28 Août 1921. Rupture des membranes dès les premières douleurs. Sommet très élevé; excavation occupée par le fibrome gros comme une pomme. Col en avant et assez haut. Contractions peu fortes et espacées n'arrivant qu'à entr'ouvrir le col sans même l'effacer. Quatre ou cinq heures après le début du travail aucun changement bien que les contractions soient plus intenses et assez régulières.

Huit à neuf heures après le début du travail, le col est à peine ouvert comme une pièce de un franc; le fibrome immobile bloque l'excavation.

Monsieur le Professeur Guyot appelé auprès de la parturiente pratiqua aussitôt l'opération Césarienne qui donna un enfant de 4 kilogs et termina par hystérectomie subtotale.

La malade a nourri sa fille d'abord en se faisant aider, la montée du lait ayant été très lente et peu marquée, puis à peu près seule.

OBSERVATION II

Fibromes multiples de l'utérus avec accidents graves de septicémie puerpérale au cinquième mois d'une grossesse.

MM. les Professeurs ANDÉRODIAS et GUYOT

(*Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*)

Madame X., 38 ans, habitant les environs de Bordeaux jouissait habituellement d'une excellente santé. Pas d'antécédents pathologiques à signaler. Mariée, a un enfant âgé de 13 ans. N'a jamais fait depuis de fausses couches. Réglée très régulièrement jusqu'au mois de mai 1920 date de ses dernières règles. A partir de ce moment,

cessation des règles, nausées le matin, vomissements et autres signes de grossesse. Celle-ci paraissait évoluer normalement lorsqu'il y a huit jours cette femme fut prise sans cause apparente de douleurs sous formes de coliques avec pertes de sang assez abondantes. Au bout de trois jours, rupture des membranes et à partir de ce moment état fébrile tous les soirs. La température était dans les environs de 38°, 38°,5. Examinée le sixième jour par l'un de nous, on constate une volumineuse tumeur abdominale remontant à cinq travers de doigt au dessus de l'ombélic. La tumeur est irrégulière, présentant de nombreuses bosselures donnant tout à fait la sensation d'un utérus poly-fibromateux. Par le toucher, on trouve un col entr'ouvert non-effacé. Le doigt ne peut pénétrer dans la cavité utérine il en est empêché par l'existence d'un gros noyau fibromateux siégeant à la partie postérieure du col et s'opposant complètement à une exploration plus profonde.

La femme continuant à perdre, la température s'élevant à 40°,2 s'accompagnant de frissons et de sécheresse de la tangué, nous décidons d'intervenir le plus rapidement possible par la voie haute, toute intervention par les voies naturelles étant, dans ce cas, impossible. Le 15 octobre au matin, la malade dont l'état s'est sensiblement aggravé, pouls très petit et rapide, est endormie à l'éther (*appareil d'Ombredanne*) par M. le Docteur Bahans, après injection préalable de spartéine. Par une incision médiale hypogastrique l'abdomen est ouvert largement. Il renferme une petite quantité de liquide et des anses intestinales de coloration normale mais très distendues. L'utérus est attiré hors du ventre, il est bourré de fibromes sans adhérences, ni lésions annexielles. On pratique une hystérectomie subtotal. Dès l'ouverture du col, on introduit dans la cavité de celui-ci une compresse fortement iodée. Du côté de la cavité utérine, on bourre l'ouverture avec plusieurs compresses qui obturent d'une façon parfaite cette cavité. La tumeur est alors enlevée en bloc. Suture du col par points séparés avec drainage vaginal. Attouchements du péritoine à l'éther. Hémostase soignée de tous les pédicules; péritonisation en bourse du péritoine pelvien; suture de la paroi au fil d'argent; drainage déclive. Durée de l'opération 45 minutes; aucun incident à signaler, ni anesthésique, ni opératoire.

A la fin de l'opération on extrait de la cavité vaginale un fœtus,

macéré, expulsé dans la nuit qui a précédé l'opération. Désinfection du vagin, mise en place d'une mèche vaginale.

OBSERVATION III

Fibrome utérin sphacelé au cours de la Grossesse.

Hystérectomie subtotale.

Due à l'obligeance de M. le Docteur H. LEFEBVRE

Madame M..., 26 ans, a toujours joui d'une excellente santé. Réglée régulièrement depuis l'âge de 12 ans, se marie en septembre 1921. En octobre ses règles n'apparaissent pas à la date habituelle. En janvier, même suppression des règles. Une sage-femme consultée dit à la malade, après l'avoir examinée, qu'il s'agit vraisemblablement d'une grossesse. En février, vers le 10, c'est-à-dire à l'époque des règles, apparition de pertes sanglantes pendant huit jours. Le 11 mars, pertes normales, en avril durant tout le mois pertes sanglantes continuelles en même temps que le ventre augmente considérablement de volume. Depuis le 15 avril, pâleur, amaigrissement, mauvais état général. Le 13 mai, la malade entre à la clinique. On se trouve en présence d'une jeune femme pâle, au teint jaune dont le pouls rapide bat à 110, température 37°6 le matin, 38° le soir. La palpation du ventre décèle une tumeur qui remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur est arrondie, de consistance pâteuse, mobile transversalement, ne présente ni contractions, ni battements, aucun bruit n'est perceptible à l'auscultation. Le toucher vaginal montre que le col dur, effilé, à orifice punctiforme est refoulé en arrière. Il est ou paraît indépendant de la masse abdomino-pelvienne. L'examen de la vulve décèle une consistance légèrement indurée. Le 14 mai, nouvel examen. La masse qui était pâteuse la veille est ferme, rénitente, température 37°8, pouls 120. Les pertes sanguines continuent. Le diagnostic porté est celui de grossesse ectopique ou de grossesse développée dans une corne utérine et interrompue. Le 15 mai, anesthésie à l'éther, le ventre ouvert, on trouve qu'il s'agit d'un utérus gravide avec gros fibrome du fond et de la paroi antérieure. Comme la grossesse est clinique-

ment interrompue et que l'état général est mauvais, et, bien qu'à ce premier coup d'œil le fibrome ne paraisse pas sphacelé, on pratique l'hystérectomie subtotale. L'utérus enlevé, on constate que le fond de l'utérus est le siège d'un volumineux fibrome avec points de sphacèle. Il en existe quelques uns sur la paroi antérieure de l'utérus également fibromateux. Au-dessous du fibrome se trouve l'œuf (fœtus de 3 mois environ, mort depuis quelque temps certainement). Au-dessous, le placenta est décollé par une masse de caillots du volume des deux poings environ ; ce placenta est sphacelé dans la partie décollée. Suites opératoires normales, sauf une élévation thermique de 38°, 38°5 durant cinq jours ; lever au quatorzième jour.

Examen histologique pratiqué par MM. les Docteurs Bonnard et Piéchaud ; ce fibrome présente des territoires assez étendus nécrobiosés au en voie de le devenir. Ces altérations se traduisent avec plus ou moins d'intensité par de la dégénérescence fibrinoïde, la cytolysé des éléments, la thrombose des vaisseaux et rupture de leur paroi.

OBSERVATION IV

Fibromes utérins sphacelés au cours de la Grossesse

M. le Professeur CHAVANNAZ,

(*Revue de Gynécologie*, Février 1911).

Femme âgée de 25 ans, habituellement bien réglée et qui dans des conditions de santé apparente parfaite, se maria au mois d'avril 1910. Au mois de mai, les règles ne se montrèrent pas et la malade éprouva des nausées, de la lassitude générale, de la tuméfaction des seins qui firent croire à un début de grossesse. Le 12 juin, la malade fut prise de violentes douleurs abdominales accompagnées de balonnement du ventre et d'impossibilité d'uriner. La température était de 39° avec pouls à 110. La palpation montra dans la région hypogastrique et dans la partie inférieure de la fosse iliaque droite, une tumeur dont les contours étaient difficiles à préciser ; le toucher montra un col ramolli. Le corps utérin est volumineux et flanqué en avant et à droite, d'une masse assez dure faisant corps avec lui et

ayant à peu près la grosseur d'un petit poing de femme. Cette exploration est très douloureuse. Les seins sont augmentés de volume, les aréoles anormalement pigmentées, il y a quelques nausées. On hésite comme diagnostic entre une hématocele anterolatérale droite, consécutive à un avortement tubaire et une grossesse dans un utérus fibromateux avec sphacèle. Toutefois, les préférences sont en faveur de ce dernier diagnostic.

La laparatomie ne put être pratiquée que quelques jours plus tard; le ventre ouvert, on constate que l'utérus d'apparence gravidé portait sur sa face antérieure une tumeur arrondie de coloration foncée, tout à fait sessile et ayant les caractères d'un fibrome. Ce fibrome est réuni par des fausses membranes avec le péritoine pariétal et intestinal, au niveau de sa partie inférieure et droite. On fait une longue incision sur la tumeur et on pratique facilement la myomectomie. Bien que le fond de la plaie utérine ne paraisse constituer que par la muqueuse, la réparation semble possible. Mais avant de la commencer on fait une section du fibrome extirpé. La tumeur se montre de couleur violacée et noirâtre, caractéristique du sphacèle; dans ce cas on n'osa pas s'en tenir au traitement conservateur et on fit l'hystérectomie subtotale. La malade guérit.

OBSERVATION V

Accouchement facile chez une femme ayant un volumineux fibrome praevia

Monsieur le Professeur FAUGÈRE,

(Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie, Février 1913.)

Madame X....., âgée de 26 ans, exerce la profession de modiste, à Bordeaux. Dans ses antécédents héréditaires on ne relève rien de particulier. Dans ses antécédents personnels, tout est normal, elle a été réglée à 14 ans 1/2, les règles ont toujours été régulières et jamais douloureuses. Première gestation en 1906; accouchement à terme nécessitant une applicotian de forceps sous chloroforme. Enfant vivant, mort à un mois et demi de gastro-entérite; cet enfant

était élevé par une nourrice. Deuxième gestation en 1908, version par manœuvres internes. Fille bien portante.

Troisième gestation. - Dernières règles du 11 au 15 février. Apparition des mouvements actifs au commencement de juillet, rien de particulier durant la gestation. La gestante entre à la clinique le 14 novembre 1910; elle est examinée à ce moment. Nous constatons qu'au point de vue général cette femme ne présente rien d'anormal, l'examen de l'utérus montre que celui-ci est bien développé, remonte à 36 centimètres au-dessus du pubis. Le fœtus vivant se présente en siège complet; SIDT, au-dessous de la partie fœtale en présentation, plongeant dans l'excavation; on trouve une tumeur volumineuse étalée, remplissant les deux tiers de l'excavation du côté droit, remontant de trois travers de doigt au-dessus de l'arc antérieur du pubis, dépassant la ligne médiale de trois centimètres, à limite peu nette du côté externe.

Au toucher, le col très difficile à atteindre, complètement dévié du côté gauche, et très élevé, dans la partie de l'excavation laissée libre par la tumeur que l'on sent très nettement. On a l'impression qu'elle est complètement praevia.

La parturiente est examinée par M. le Professeur Lefour qui constate la présence de la tumeur et conseille de faire la version par manœuvres externes et d'attendre le moment de l'accouchement. Nous pratiquons cette version et la tête ramenée au-dessus du détroit supérieur est maintenue à l'aide d'une ceinture. Pendant les huit jours qui suivent, la femme souffre fréquemment, surtout au niveau de sa tumeur; aucune indication ne se précisant, on attend le moment de l'accouchement. Les premières contractions utérines douloureuses apparaissent le trente novembre, à trois heures du matin; à cinq heures, rupture de la poche des eaux, la femme entre à la salle de travail; la tête fœtale s'accommode mal et se trouve au-dessus de la tumeur élevée, dans la fosse iliaque droite. Le col, très difficile à atteindre, n'est pas effacé. On ramène la tête dans l'aire du détroit supérieur. Les contractions deviennent plus fréquentes, se suivent avec régularité et à huit heures vingt, la tête apparaît à la vulve. Les bruits du cœur fœtal deviennent plus rapides, puis diminuent, ils tombent à cent quatre. On fait une application de forceps en antérieure directe. Le fœtus présente un

circulaire lâche qui avait dû être comprimé et était cause de la souffrance du fœtus. L'enfant vivant pesait 3 kilogs 960. La délivrance se fait normalement. L'enfant examiné avec soin ne présente aucune tare. Les suites de couches sont excellentes ; pas de phénomènes fébriles, l'enfant présente une courbe d'accroissement normal. Examiné avec soin tous les jours et revu le 19 décembre, il présente un état général très satisfaisant.

Quatrième gestation. - Cette femme redevient enceinte en mai 1911, conduit une gestation à terme, puisqu'elle entre en travail le 12 février 1912. Cette femme n'ayant pas allaité, sa tumeur fibreuse a augmenté sensiblement de volume ; a subi un déplacement assez important ; elle est située à l'heure actuelle en avant et à gauche, remontant à cinq travers de doigt au-dessus de l'arc antérieur du bassin, arrivant à la hauteur de l'épine iliaque gauche dépassant la symphise pubienne à droite. L'excavation est complètement occupée par la tumeur dans ses deux tiers gauches. Le col est dévié en avant très haut et à gauche. Le début du travail remonte au 12 février 1912. Le fœtus vivant est en OI.D.T. Tête très mobile, dans l'aire du détroit supérieur, au-dessus de la tumeur. A 1 heure 1/2 de l'après-midi, la dilatation est d'environ cinq francs. A travers la poche des eaux on sent une procidence du cordon, dont les battements sont réguliers, 135 à la minute. La réduction n'est pas tentée, la tumeur à ce moment n'aurait pas permis cette manœuvre. Les contractions sont fortes et rapprochées et la dilatation se fait rapidement, surtout aux dépens de la partie droite du col, très souple de ce côté. Du côté gauche, les bords de l'orifice sont moins souples. Sur les conseils de M. le Professeur Lefour, on attend que la dilatation soit complète pour terminer l'accouchement, grâce à une version de manœuvres internes. La dilatation s'achève rapidement. A ce moment, nous sommes dans les conditions les plus favorables pour pratiquer une version ; dilatation complète, poche des eaux intacte, tête mobile au-dessus du détroit supérieur chez une multipare. Cependant, la tumeur plonge dans l'excavation et peut être un danger pour l'extraction de la tête dernière. La tumeur est facilement refoulée au-dessus du détroit supérieur après la rupture de la poche des eaux. La saisie du pied est facile. L'évolution du fœtus se fait bien. La descente paraît un peu lente, se fait à frottement. Le dégagement du bras

postérieur est rapidement effectué, le bras antérieur ne peut être dégagé; dans cette situation, on le rend postérieur, son abaissement devient facile. La manœuvre de Mauriceau est gênée par la tumeur dont une partie s'est insinuée dans l'excavation au moment de la descente; la tête reste élevée dans l'excavation; on peut néanmoins terminer rapidement. La tumeur étant en quelque sorte énuclée, chassée au-dessus du détroit supérieur par la descente de la tête. L'enfant est en état d'asphyxie, mais il est très vite ranimé. Une hémorragie assez abondante se produit. Le pouls est à 110. On pratique la délivrance artificielle, suivie d'une injection intra utérine. L'enfant pèse 3 kilogs 800.

OBSERVATION VI

Opération césarienne, suivie d'hystérectomie, chez une femme enceinte de huit mois présentant des accidents inflammatoires au niveau de fibromes de la paroi utérine.

MM. les Docteurs FAUGÈRE, CHAMBRELENT, LALESQUE.

(Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Bordeaux.)

8 Avril 1913.

Madame X..., âgée de 33 ans, pas d'antécédent héréditaire, ni pathologique intéressant. Réglée normalement à l'âge de 15 ans, elle le fut régulièrement jusqu'à ces dernières années. Mariée il y a onze ans, elle n'eut jamais de grossesse. Le 15 janvier dernier, préoccupée par l'absence de ses règles, elle consulta M. le Professeur Demons, qui constata chez elle la présence de fibromes utérins et d'une grossesse probable. Après avoir passé quelques semaines à l'hôpital, elle rentra chez elle; mais le Professeur Demons, prévoyant que la présence de fibromes utérins pouvait être la cause de dystocie au moment de l'accouchement, l'engageât à venir faire ses couches à la clinique obstétricale. La grossesse suivit son cours régulier jusqu'aux premiers jours d'août. Le 4 août, cette femme arrivée au huitième mois de sa grossesse, ressentit de violentes douleurs au niveau de l'abdomen et se décida à entrer dans notre

service. Le 5 août, nous constatons à l'examen, l'existence chez cette femme d'une grossesse de huit mois environ, avec fœtus vivant, en présentation du sommet, tête nettement engagée. Par le palper, on constate l'existence de plusieurs fibromes au sommet de l'utérus, dont l'un paraît nettement pédiculé. A ce niveau, la pression abdominale est extrêmement douloureuse. La malade présente, de plus, une température 38°5, avec pouls fréquent. M. le Docteur Loubat, Chirurgien résident à l'Hôpital Pellegrin, appelé à voir cette malade avec nous, est d'avis que l'état fébrile présenté par cette malade est la conséquence probable d'une inflammation des fibromyomes utérins et que les douleurs abdominales sont dues à une torsion du pédicule; il estime qu'il y a lieu à une intervention immédiate. Dans l'intérêt de la malade, aussi bien que dans celui de son enfant, nous décidons de pratiquer sans tarder l'opération césarienne et de la faire suivre, si l'état utérin paraît l'exiger, de l'ablation de l'utérus. La malade est transportée dans le service de M. le Professeur Demons, à Tastet-Girard, et, avec l'aide de M. le Docteur Faugère, Chef de Clinique Obstétricale et de M. le Docteur Lalesque, Assisant de M. le Professeur Demons, M. Chambrelent pratique l'opération césarienne. Extraction d'un enfant vivant de 2 kilogs 280. On constate la présence de plusieurs fibromes formant saillie au-dessus de la paroi utérine. L'un d'eux, du volume du poing, est nettement pédiculé, il est violacé et le pédicule nettement tordu sur lui-même. Dans ces conditions, M. Chambrelent estime qu'il y a lieu de faire l'hystérectomie. La malade est alors confiée à M. le Docteur Lalesque.

« Avec l'aide du Docteur Faugère, dit le Docteur Lalesque, je commençais par fermer rapidement, par un surjet à la soie, l'incision pratiquée sur la paroi utérine, je saisis, avec des pinces de Museux, le fond de l'utérus ainsi que les fibromes pédiculés et pratiquais une hystérectomie subtotale suivant les procédés habituels. Je fermais la paroi abdominale par trois plans successifs, en renforçant le tout à l'aide de fil d'argent. »

La malade eut un peu de température, attribuée au défaut de drainage du petit bassin, mais elle put se lever le vingt-et-unième jour et sortir du service complètement guérie.

OBSERVATION VII

**Grossesse compliquée d'hydramnios dans
un utérus fibromateux.**

M. le Docteur BALARD

(Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1914)

Madame M. C..., âgée de 38 ans, vient de me consulter le 23 juin 1913 sur la possibilité d'une grossesse de 4 mois environ. Elle s'inquiète fort de son état, n'étant pas mariée et demande aussitôt s'il ne s'agirait pas d'une grossesse nerveuse. Pour cette raison, il est nécessaire de s'attarder un instant sur ses antécédents.

Antécédents héréditaires : sa mère, à l'âge de 28 ans, vit ses règles s'arrêter brusquement durant six mois et pendant ce temps se considérait comme enceinte, car elle percevait dans son abdomen des mouvements qu'elle pensait être ceux d'un enfant. Tout rentra dans l'ordre et actuellement elle est atteinte de rhumatismes chroniques. Parmi les parents de cette malade deux furent, à son dire, atteints de grossesse nerveuse, c'est-à-dire, d'arrêt de règles avec perception de mouvements actifs du fœtus. L'une d'entre elles serait morte des suites de cette pseudo-grossesse. A noter enfin, qu'une cousine de cette personne est atteinte d'une affection nerveuse, qu'il a été impossible de faire préciser.

Antécédents personnels : réglée à 11 ans pour la première fois, règles d'abord irrégulières, peu abondantes et indolores : à 17 ans, dans l'espace de 2 jours, elle perdit complètement la vue qu'elle ne récupéra que six mois après, sans avoir suivi aucun traitement. Elle fut d'ailleurs examinée à cette époque, par M. le Professeur Lagrange, qui aurait diagnostiqué une affection nerveuse. A 27 ans, elle fut atteinte de neurasthénie et prétend avoir eu des hallucinations de la vue et de l'ouïe durant près d'un an. Depuis lors, elle commença à souffrir de l'estomac et devint très constipée. A noter enfin, que depuis quelques années, ses règles seraient devenues douloureuses et très abondantes. Elle n'a jamais fait ni grossesse, ni avortement.

Examen 23 juin 1913. — Je me trouve en présence d'une malade très préoccupée de son état, d'une loquacité extrême, avec des périodes d'excitation et de dépression. Elle a un peu d'exophtalmie, son pouls n'est pas rapide lorsqu'elle est calme, et sa tension artérielle au Pachon est maxima 13 et minima 7, 5.

Ses dernières règles datent du 10 février. Ses rapports sexuels remontent aux 14, 15 et 16 février. Son ami, qui demeure au Sénégal, venait de débarquer à Bordeaux, et, durant ces 3 jours, il fut obligé de rester alité pour des accès de fièvre paludéenne, auxquels il était sujet depuis deux ans. En dehors de cette affection, il est bien portant; il n'est pas alcoolique, il nie tout antécédent spécifique, et cliniquement, il semble indemne de syphilis.

Cette dame n'a jamais vomi et n'a présenté aucun des troubles sympathiques de la grossesse.

L'examen des seins permet de faire sourdre du colostrum. Elle n'y ajoute pas d'importance et prétend en avoir constaté depuis fort longtemps.

L'utérus déborde de 10 centimètres la symphyse, mais il est difficile à explorer en raison de l'épaisseur extrême de la paroi abdominale fortement graisseuse. Par le toucher, on sent le col ramolli, mais par contre l'utérus est très dur.

La malade n'a jamais senti remuer et ne perçoit pas les bruits du cœur.

L'état de l'utérus joint ce fait que depuis quelques années les règles étaient devenues beaucoup plus abondantes, me fait poser le diagnostic de possibilité de grossesse chez une fibromateuse.

5 septembre. — Je revois cette malade en consultation avec mon maître, M. le Professeur agrégé Pery. L'utérus s'est considérablement développé, il atteint 45 centimètres, alors que la grossesse ne peut être que de 6 mois 1/2. Par la palpation, il est impossible de sentir de parties fœtales, tant l'utérus est tendu. Mais la consistance de l'utérus n'est pas uniforme, elle est beaucoup plus ferme dans la partie supérieure et droite de l'abdomen; il semble qu'il y ait deux tumeurs accolées, sans qu'il soit possible de percevoir de sillon entre les deux. Par le toucher on sent le col très haut, mais le segment inférieur n'est pas tendu.

L'auscultation reste négative et la malade n'a jamais senti remuer.

Deux diagnostics s'opposent : grossesse avec hydramnios ou bien grossesses évoluant avec une tumeur : fibrome ou kyste de l'ovaire.

Le diagnostic de grossesse est probable, l'état des seins et le développement du ventre avec cessation des règles, coïncidant avec des rapports sexuels, ne peut induire en erreur. En faveur de l'hydramnios, il y a surtout le développement régulier de la tumeur utérine. D'autre part, la différence de consistance de la partie supérieure de l'utérus fait penser à une tumeur juxtaposée, d'autant que le segment inférieur ne paraît aucunement tendu.

Le ventre de cette malade augmente encore de volume et au début d'octobre, l'utérus s'élève à 58 centimètres au-dessus du pubis. Elle ne sentit jamais remuer et je ne perçus jamais les bruits du cœur de l'enfant.

Accouchement. — Brusquement, le 9 octobre à cinq heures du matin elle perd les eaux, et il est possible de recueillir 2 litres de liquide amniotique.

Par la palpation, on peut alors sentir une tête au niveau du détroit supérieur et en distingue nettement un fœtus dans la moitié inférieure de gauche de l'utérus. La partie supérieure droite est de consistance ferme, et se présente comme une tumeur allongée, faisant partie de l'utérus et constituant nettement un fibrome qui peut en imposer au premier abord, pour un second fœtus, car il en a la forme et le volume.

Le lendemain soir à six heures, le travail ne progressant pas, les contractions s'espacant, la température étant montée à 37° 4, je termine en faisant la dilation bi-manuelle et j'extrais au forceps un enfant de 2 kilos 150 grammes bien conformé, qui meurt quelques instants après.

Le placenta ne se décollant pas, je pratique une délivrance artificielle, et je perçois nettement l'étendue du fibrome occupant toute la partie antérieure droite de l'utérus et remontant jusque sur le l'organe. Le placenta pèse 400 grammes. Les suites de couches sont légèrement fébriles, mais une injection intra-utérine est donnée et tout rentre dans l'ordre. La réaction de Wassermann est pratiquée par M. le Docteur Muratet. Elle est négative.

OBSERVATION VIII

Grossesse dans un utérus fibromateux

Due à l'obligeance de M. le Docteur René VILLAR.

M... Marie-Thérèse, 32 ans, femme de chambre, non mariée, vient me consulter dans la dernière semaine de janvier 1922 parce qu'elle a remarqué que « son ventre avait grossi. » Un médecin qui l'avait examiné quelques jours auparavant, avait diagnostiqué un fibrome.

Dans l'histoire de cette malade, pas d'antécédents pathologiques dignes d'être retenus.

Au point de vue génital, périodes menstruelles survenant normalement à dates fixes ; mais les pertes sanguines se prolongent parfois six et même huit jours. Pas de leucorrhée. Pas de phénomènes névralgiques. La malade ne peut préciser la date du début de son affection. Elle s'est aperçu de l'existence d'une grosseur dans le bas-ventre peu de jours avant de venir nous consulter.

Ses règles sont totalement supprimées depuis fin octobre 1922. A l'examen, je constate l'existence d'une tumeur abdominale à siège sous-pubien, médiane, assez régulière dans son ensemble, légèrement bilobée avec un prolongement dans le fond iliaque gauche. Cette tumeur qui s'élève à mi-distance de l'ombilic, mate à la percussion, paraît résistante à la palpation ; elle est légèrement mobilisable dans le sens transversal. Par le toucher vaginal il est facile de se rendre compte qu'il s'agit d'une tumeur nettement utérine ; les culs-de-sac sont normaux ; mais le col est légèrement ramolli et le doigt perçoit une ampliation de son segment sus-vaginal.

D'après les dires de la malade, la pigmentation de l'aréole mammaire se serait accentuée.

Quelques vagues troubles d'origine sympathique (pertes d'appétit, nausées, phénomènes névralgiques). A noter que notre cliente est une femme extrêmement nerveuse, qui redoute avant tout d'être enceinte.

Diagnostic clinique. - Grossesse probable dans un gros utérus fibromateux. Avant de prendre une décision thérapeutique, la malade est admise le 21 février 1922, à l'hôpital Saint-André dans le service du Professeur F. Villar, à fin d'examen plus complet ; et l'opération est décidée.

A l'intervention, on trouve un très gros utérus, irrégulier, présentant un grand nombre de gros nodules fibromateux. Hystérectomie subtotale. Rien extérieurement ne permettait d'affirmer la possibilité d'une gestation. Ce n'est que pièces en mains, après ouverture longitudinale de la matrice et section de plusieurs gros noyaux fibromateux que la cavité utérine, fortement déviée vers la droite permit de découvrir un fœtus de trois mois environ, entouré de ses annexes. Suites opératoires normales. La malade part guérie le 17 mars 1922.

Revue en mai et juin, très bien portante et ayant repris son travail de femme de chambre.

OBSERVATION IX

Torsion d'un fibrome utérin au cours de la gestation.

Myomectomie. Avortement.

MM. les Docteurs H. PAUCOT et PAQUET.

(*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie* 1914.)

Madame Clotilde N..., âgée de 26 ans, réglée à 11 ans 1/2; menstruation douloureuse jusqu'au mariage, normale et indolore depuis cette époque. Dernières règles le 26 juin 1913. Au mois de septembre la grossesse ayant été normale jusque là, la malade a commencé à éprouver une sensation de pesanteur dans la fosse iliaque gauche; à la fin du mois, elle percevait une tuméfaction dure dans cette région. La constipation habituelle chez elle devenait de plus en plus opiniâtre. Au cours du mois d'octobre, elle se plaignait de douleurs assez vives à la fin de la journée et les mictions étaient fréquentes et douloureuses. Le 2 décembre, brusquement apparaissent des douleurs violentes, localisées à la fosse iliaque gauche, avec états nauséux et léger ballonnement du ventre. Le médecin traitant prescrit le repos au lit et des applications de glace sur le ventre. Les douleurs se calment, mais se reproduisent par crises le lendemain. Le 4 décembre, deux vomissements alimentaires consécutifs à des crises douloureuses; le 5 décembre, un vomissement et la douleur est moins vive et le ventre moins ballonné. Cette malade est vue par l'un de nous. Le 6 décembre, l'abdomen est inégalement développé,

plus saillant à gauche ; l'utérus gravide de 5 mois environ est fortement dévié à droite ; sa hauteur au-dessus du pubis est de 19 centimètres. Le ventre est souple, très légèrement ballonné, à gauche, immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope, on perçoit une tumeur mate, du volume d'une orange, de consistance dure et à contours bien limités. La palpation en est douloureuse. Le toucher ne révèle rien de bien particulier, le col n'est pas effacé, les culs-de-sacs sont libres et la tumeur sentie au palper inaccessible, le pouls est à 120, la température 37°5.

On porte le diagnostic de fibrome ou de kyste tordu, et étant donné l'accélération du pouls et la permanence des phénomènes douloureux, on décide d'intervenir. Le 7 décembre, on fait une laparotomie médiane et l'on trouve à l'ouverture du péritoine, au-devant de la moitié gauche de la face antérieure de l'utérus, une tumeur cylindroconique, formée par un fibrome sous-péritonéal ; le pédicule est large et très court, il est tordu d'un quart de tour, de telle sorte que le grand axe de la tumeur, longitudinal avant la détorsion, devient transversal celle-ci effectuée. On taille une collerette péritonéale au-dessus du pédicule sur le fibrome, qui est très facilement arrachée. L'hémostase est assurée par une série de points séparés, aussi peu pénétrants que possible. On enlève quelques petits kystes qui existent le long de la trompe gauche. Suture de la paroi abdominale en trois plans. Le fibrome enlevé mesure 9 cent. 5 de longueur, sur 6 centimètres de largeur. Il est très dur, il pèse 240 grammes. A la coupe, on constate qu'il est extrêmement congestionné et gorgé de sang. Injection de 500 grammes de sérum huile camphrée et morphine. Le 8 décembre, accélération des mouvements respiratoires, 44 à la minute, vomissement, ballonnement du creux épigastrique, pas de selle, ni de gaz, à 17 heures une crise de dyspnée ; quelques coliques utérines, le col s'efface, un centigramme de morphine, température le matin 38°, pouls 148. Le soir, température 38°1, pouls 130. Le 9 décembre, lavage d'estomac, quelques gaz dans la journée, le ballonnement épigastrique diminue, 36 mouvements respiratoires à la minute ; quelques contractions utérines douloureuses ; sérum par le procédé de Murphy. La température du matin est de 38°1, celle du soir de 39°6, le pouls, assez rapide, est aux environs de 140. Le 10 décembre, à 6 heures 15, la malade expulse un fœtus

de 700 grammes, le ballonnement épigastrique a disparu. L'état général est bon. Cependant, le soir la température remonte à 39°6. On constate qu'il existe une angine. Le 11 décembre la température monte à 40°, la malade tousse et expectore des crachats visqueux. Le 12 décembre, les mêmes signes fonctionnels s'accusent, l'auscultation révèle une pneumonie massive droite, les jours suivants l'état d'abord stationnaire s'aggrave, le poumon droit est touché à son tour par la pneumonie du côté de l'abdomen, les suites opératoires sont simples, les griffes sont enlevées le 15 décembre, l'écrin le 18. Le ventre est souple et indolore, la plaie est réunie par première intention. Cependant, la situation s'aggrave de jour en jour, le 17 on tente un abcès de fixation qui ne prend pas et la malade meurt le 20 décembre, après avoir présenté tous les signes d'une pneumonie classique.

HISTORIQUE

CHAPITRE PREMIER

Depuis fort longtemps on a constaté l'obstacle mécanique qu'opposaient à l'accouchement les tumeurs fibreuses de l'utérus. Ambroise Paré en fait mention dans ses œuvres quand il traite de la question "*Les causes de la difficulté d'accoucher*" et, dans la suite, de nombreux accoucheurs furent unanimes à rapporter dans de multiples observations toutes les difficultés que leur opposèrent les fibromes dans l'accouchement.

Mais, là où ils ne furent plus d'accord, c'est quand il fallut établir une ligne de conduite nette et précise, soit dans le cours de la grossesse, soit au moment du travail. Alors apparurent les plus grandes divergences d'idées et la question d'une intervention chirurgicale au cours d'une grossesse compliquée de fibromes fut des plus controversée.

Les uns étaient interventionnistes à outrance ; c'étaient presque tous des chirurgiens qui avaient été appelés près des malades dans les cas graves ; ils avaient assisté à des accidents menaçants pour l'évolution de l'œuf et la vie de la mère et ne voyaient la sécurité de cette dernière et la possibilité de l'accouchement que dans une intervention sanglante préventive.

Les autres étaient abstentionnistes, c'était presque tous des accoucheurs qui avaient vu des grossesses dans un utérus fibromateux évoluer à terme et l'accouchement se faire sans incident ; ils attendaient patiemment et espéraient dans les seules forces de la nature.

Il faut ajouter d'ailleurs que les uns et les autres apportaient au service de leur doctrine de brillantes statistiques, ce qui n'était pas fait pour éclaircir le débat.

L'étude des rapports des fibromes et de la grossesse a été faite maintes et maintes fois. Elle a été l'objet de nombreuses discussions à divers congrès et à diverses Sociétés d'Obstétriques. La plus ancienne et la plus importante a été celle qui a occupé diverses séances de la Société de Chirurgie de Paris en 1868-1869, et où Depaul, Biot, Tarnier, Guéniot, émirent de nombreux avis; les thèses d'agrégation de Lefour et de Chabbazian traitent magistralement de la question. Mais, ce fut la longue discussion de la Société d'Obstétrique de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris de 1901, qui précisa les conditions de toute intervention pendant la gestation pour fibromes gravidiques.

De cette discussion il ressort " Que les femmes enceintes atteintes de fibromes ont le plus souvent une grossesse exempte de complications qui évolue jusqu'à terme, malgré le volume excessif de certains fibromes; que, par conséquent, l'intervention au cours de la grossesse compliquée de fibromes doit être exceptionnelle et motivée seulement par l'apparition d'accidents graves; que, par conséquent, il ne faudrait pas attendre une gravité d'accidents telle que ceux-ci soient au-dessus de nos moyens thérapeutiques. "

En France, ces conclusions furent adoptées par les accoucheurs Pinard, Bar, Ribemont, Dessaignes, Lepage. Ils furent suivis par un certain nombre de chirurgiens : Delbet, Segond, Montprofit, Delagenière, Pozzi. Ce dernier écrit :

« L'expectative est une règle à peu près absolue alors même que durant la grossesse, le volume, la situation, l'immobilité de la tumeur donneront l'assurance que l'accouchement sera laborieux, voire même impossible, on ne sera pas autorisé à sacrifier l'enfant. Il faut attendre le terme de la grossesse ou le début du travail; c'est alors seulement que, suivant les circonstances, on se décidera d'intervenir. L'intervention n'est légitimée pendant la grossesse que quand surviennent des accidents graves pouvant compromettre la vie de la malade. Ces accidents présentent au point de vue de l'intervention une importance très inégale. Les troubles de compression, les hémorragies sont ceux qui le plus souvent conduisent à l'opération; les autres ne sont importants qu'en raison de leur retentissement sur

l'état général. Quoiqu'il en soit, lorsque la situation paraît dange-reuse, lorsque la vie de la femme semble directement menacée, il ne faut pas temporiser, il faut intervenir d'urgence. »

En Allemagne, l'opinion des principaux gynécologues : Hofmeier, Olshausen, Wertheim, est conforme à celle des accoucheurs français :

« L'indication d'une opération pendant la grossesse est extrêmement rare et, à supposer qu'en certains cas, une opération devienne nécessaire, écrit Hofmeier, on pourra différer le choix de l'intervention jusqu'à la fin de la grossesse. »

Cependant, quelques auteurs considèrent encore que la co-existence du fibrome et de la grossesse, même en dehors de tout accident grave, est un danger dont il faut délivrer la femme.

En France, il faut citer parmi les interventionnistes :

J. L. Faure, Schwartz et Condamin, qui posent pour la femme le principe de légitime défense. Mais, c'est surtout Richelot qui jette le cri d'alarme et qui soutient qu'il faut opérer pendant la grossesse non seulement quand existent des phénomènes graves, mais toutes les fois que le volume, le siège, le développement de la tumeur fait prévoir des dangers prochains pour la femme.

« Dans certains cas, dit cet auteur, le chirurgien doit agir préventivement s'il veut sauver sa malade. »

Les Américains sont volontiers interventionnistes ; ainsi Marx écrit :

« Toute complication venant du fibrome doit être traitée chirurgicalement. »

La question, il faut bien le reconnaître, apparaît fort compliquée à la suite de ces nombreuses discussions car, rien n'est plus difficile à élucider que le pronostic d'une grossesse ou d'un accouchement dans un utérus fibromateux.

Nombreuses, en effet, sont les modalités cliniques des fibromes de l'utérus compliquant la grossesse et tenant à leur nombre, à leur situation, à leur rapidité de développement, de telle sorte qu'il est impossible et injustifié de formuler une

ligne de conduite précise et uniforme. Nous n'avons donc pas la présomption de vouloir apporter ici une solution à ce problème si complexe. Notre but est plus modeste. Nous voulons simplement nous borner à tirer quelques conclusions sur les observations qui nous ont été communiquées et sur les faits que nous avons pu observer nous-mêmes.

Nos conclusions, hâtons-nous de le dire, ne seront pas absolues, car le sens clinique du médecin doit intervenir avant tout et sa conduite devra être assez élastique et assez maniable pour pouvoir s'adapter à chacun de ses malades et agir avec opportunité.

CHAPITRE II

Etude Anatomique et Histologique des Fibromes

On désigne sous le nom de fibromes, de corps fibreux, de myomes, de fibro-myomes, des tumeurs utérines bénignes développées dans le parenchyme utérin et constituées par des éléments analogues à ceux du tissu dans lequel elles se développent. Pour rappeler cette similitude de structure, Broca les avait appelés hystéromes, mais ce nom n'a pas prévalu. Nous diviserons les fibromes en deux catégories, les fibromes *prævia* et les fibromes non *prævia*; les premiers obturent le détroit supérieur et combtent parfois toute l'excavation, les seconds sont situés au-dessus du détroit supérieur et insérés sur le corps du l'utérus. Ces derniers, durant la gestation pourront bien déterminer les troubles de compression ou une interruption de la grossesse, mais au moment de l'accouchement, ils seront très rarement cause de dystocie. Les fibromes *prævia*, au contraire, sont insérés sur le segment inférieur ou sur le col, c'est-à-dire sur une zone dangereuse qui atteindra son maximum de gravité au niveau du col. On peut assimiler l'implantation du fibrome à l'insertion du placenta. Plus le placenta est inséré bas, plus l'hémorragie est à craindre; plus le fibrome est implanté bas, plus la difficulté de mobilisation et de l'ascension sera grande.

Le siège des fibromes est heureusement bien plus souvent dans le corps utérin que dans le col.

Considéré par rapport à la paroi de l'utérus, les fibromes peuvent être sous-péritoneaux, sous-muqueux ou intersticiels et selon chacune de ces positions le mécanisme de l'accouchement pourra différer. En général, les sous-péritoneaux ascensionneront, les intersticiels s'aplatiront et les sous-muqueux s'extérioriseront, sans qu'il y ait toutefois rien

d'absolu dans ce mécanisme. De plus les fibromes pourront être sessiles ou pédiculés. Ces derniers étant beaucoup plus favorables à l'accouchement.

Enfin, l'utérus tout entier est parfois en transformation fibromyomateuse.

Un mot de leur structure, car, de leur structure dépendra leur consistance et de leur consistance la réussite de l'accouchement. Les fibromes sont entourés d'une coque fibreuse les délimitant nettement du muscle utérin et rendant leur énucléation facile. Ils sont constitués des mêmes éléments que le muscle utérin; mais, tandis que dans le muscle utérin, les éléments sont harmonieusement agencés et toujours en égale proportion, dans la tumeur, au contraire, l'élément conjonctif ou l'élément musculaire prédominera et nous aurons ainsi soit des myomes où l'élément conjonctif sera absent, soit des fibromes où ce même élément prédominera. Au point de vue de l'accouchement, cette différenciation dans la composition de la tumeur aura une très grosse importance; car, tandis que les fibromes où prédominera l'élément conjonctif subiront un très léger ramollissement et se prêteront ainsi difficilement à des déformations nécessaires ceux, au contraire, qui seront riches en élément musculaire subiront le même ramollissement que la fibre utérine et pourront s'écraser devant la présentation pour lui livrer passage.

Nous ne parlerons pas de l'étiologie et de la pathogénie des fibromes, ce serait sortir du cadre de notre travail, l'accord est loin d'être fait sur cette question et seules des hypothèses ont été émises.

CHAPITRE III

Influence des Fibromes sur la Fécondation

Avant d'étudier l'influence possible des fibromes sur la grossesse et réciproquement, il convient d'envisager tout d'abord les conditions dans lesquelles un utérus fibromateux peut devenir gravide. Cette question, comme tant d'autres, a donné lieu à de nombreuses controverses et les opinions les plus opposées ont été tour à tour acceptées.

Dans son mémoire à l'Académie de Chirurgie en 1748, Louis pensait que l'existence d'une tumeur fibreuse de l'utérus excluait absolument la possibilité d'une grossesse. Levret, par contre, lutta pendant de nombreuses années pour faire admettre que les fibromes ne constituaient pas une cause absolue de stérilité. Il est certain cependant, que dans bon nombre de circonstances, les fibromes peuvent être un obstacle à la fécondation. C'est ainsi que West signale sept cas de stérilité sur 43 femmes mariées atteintes de cette affection, R. Ohrig 31 cas sur 106 femmes, Beigel 21 cas sur 86, Schumacher 24 sur 114, Scanzoni 35 sur 69, Michels 26 sur 127, Von Winckel 134 sur 415 et Schroeder 201 sur 604.

Olshausen qui additionna toutes ses statistiques arrive à cette conclusion, que sur 1,560 femmes atteintes de fibromes 480 sont demeurées stériles, soit une proportion de 31 %. En réalité, ce chiffre est considéré comme beaucoup trop élevé, parce que nombre de femmes atteintes de fibromes deviennent enceintes et échappent à l'observation, ce qui suffit à fausser plus ou moins les statistiques. L'opinion actuellement admise tant en France qu'à l'étranger est que ce chiffre n'atteint certainement pas 10 % des cas.

On sait d'ailleurs que le professeur Pinard a bien mis en

lumière ce fait, que l'absence de fécondation est fréquemment une cause prédisposante au développement des fibromes utérins. Cette opinion peut être rapprochée de celle émise par Virchow au cours de ses autopsies : fréquence des fibromes dans les utérus appartenant à des célibataires âgées, absence à peu près complète sur les cadavres de femmes ayant eu des enfants.

Hofmeier est d'avis que l'étude attentive des observations publiées, ne conduit aucunement à admettre un lien de cause à effet entre le myome et la stérilité. Il croit, au contraire, que la plupart des cas ont rapport à des femmes frappées de stérilité bien longtemps avant l'apparition de la tumeur, dont on veut incriminer l'influence. Son opinion est que la stérilité n'est aucunement liée à l'existence d'un fibrome, qu'elle est toujours préexistante au développement de la tumeur et qu'elle est même susceptible de favoriser son apparition. D'ailleurs, il pousse plus loin ses assertions. Il pense que chez les femmes présentant des fibromes, l'activité générale, la menstruation et l'ovulation persistent plus longtemps que d'ordinaire et que, par conséquent, l'aptitude à concevoir de ces femmes, se trouve augmentée et étendue à un âge plus avancé. Il cite à l'appui de sa thèse des observations assez nombreuses et assez démonstratives.

A ce sujet, on ne peut mieux faire que de rapprocher de cette opinion la statistique publiée par Heineck, de Chicago : sur 272 cas, les âges des malades opérées atteintes de fibromes ayant compliqué la grossesse, étaient les suivants :

De 19 à 24 ans, inclusivement.....	13
De 25 à 29 »	49
De 30 à 34 »	80
De 35 à 39 »	84
De 39 à 44 »	52

Il est possible que Hofmeier ait raison pour certains nombres de cas particuliers, mais il n'en demeure pas moins vrai qu'ordinairement les fibromes constituent, sinon un obstacle absolu, au moins une entrave sérieuse à la conception. On

s'explique d'ailleurs très facilement, que les fibromes puissent apporter en maintes circonstances un obstacle plus ou moins facilement franchissable à la fécondation. Il suffit pour cela d'avoir examiné un certain nombre de pièces enlevées au cours des hystérectomies. On constate en ouvrant la tumeur que la cavité utérine est souvent déviée, allongée, étalée, diversement contournée. Ajoutons encore, que les altérations de la muqueuse cliniquement traduites par des hémorragies, par un écoulement sérieux, sont autant de causes propres à mettre obstacle à la migration du spermatozoïde.

N'est-ce pas donner la meilleure preuve de la diminution de la puissance de reproduction de la femme que de montrer les conceptions qui ont pu voir lieu, après l'ablation satisfaisante d'un ou de plusieurs fibromes. D'après Winter 18 ou 20 % des femmes âgées de moins de 40 ans deviennent enceintes après ablation conservatrice de fibromes. Nystrom a réuni 27 observations dans lesquelles la myomectomie abdominale, fut suivie vingt fois d'une, de deux ou de plusieurs grossesses à terme ; sept fois les femmes avortèrent. De la paroi antérieure de l'utérus, Moran enleva trois tumeurs sous-séreuses ayant le volume intermédiaire entre celui d'un œuf et celui d'une orange. Plus tard, la malade eut 4 accouchements normaux et 4 enfants. Gouilloud a signalé 5 grossesses parmi 40 femmes, chez lesquelles il avait pratiqué une myomectomie. Une malade eut trois grossesses normales consécutives, une autre en eut deux, les trois autres chacune une.

Pour conclure, nous dirons donc que les femmes qui ont des fibromes de l'utérus, conçoivent moins souvent et qu'elles ont généralement leurs premières grossesses à un âge plus avancé, que les femmes dont l'utérus est normal. A noter que chez ces femmes il peut y avoir entre les grossesses un intervalle de plusieurs années. Dans 33 cas, Heineck signale des intervalles de 3 à 17 ans.

CHAPITRE IV

Influence de la Grossesse et de l'Accouchement sur les Fibromes

Les fibromes unis intimement aux tissus utérins et présentant une structure analogue, ne sauraient rester indifférents au bouleversement anatomique de l'utérus : aussi subiront-ils du fait de la grossesse des modifications profondes et ces divers changements seront analogues à ceux subis par l'utérus. Cette question a été bien étudiée par Depaul et Tarnier à la Société de Chirurgie en 1868, par Lefour dans sa thèse d'agrégation, par Doleris et plus récemment par Piquand et Lemeland.

En premier lieu, la tumeur augmente de volume. Cette hypertrophie est analogue à celle de l'utérus ; les fibromes subiront cette modification avec d'autant plus d'intensité qu'ils se rapprocheront du muscle utérin, soit par leur position, soit par leur constitution ; c'est dire que les fibromes intersticiels et musculaires, seront plus fortement impressionnés que les fibromes fibreux et pédiculés. L'utérus qui, normalement, pèse 50 grammes peut arriver à peser à terme un kilog, de même pour les fibromes. A ce sujet, Gutierrez signale le cas d'une femme qui présentait au niveau du segment inférieur quelques petites nodosités fibromateuses ; au quatrième mois de sa grossesse, cette tumeur remplit toute l'excavation et à terme, la malade ayant été opérée, ses deux fibromes pesaient 3 kilogs 387 grammes. Ces tumeurs peuvent s'accroître très lentement, parfois au contraire d'une façon très rapide, de là des phénomènes de compression fort graves, ce sont les fibromes « à marche galopante » signalés et décrits par Pozzi, qui doivent être parfois considérés comme de véritables tumeurs malignes et extirpés au plus tôt. Varnier cite

l'observation d'une femme chez qui un fibrome insignifiant subit du fait de la grossesse une telle hypertrophie qu'il déterminât au cinquième mois de la grossesse des phénomènes de péritonite et la mort. A l'autopsie, on pût voir que la tumeur pesait 3 kilos 700.

Cette hypertrophie sera toujours compensée par une autre modification qui, au lieu d'être dystocique, favorisera au contraire l'accouchement : le fibrome se ramolît. Ce ramollissement est la conséquence de la vasculature de la tumeur.

Certains fibromes subissent aussi une transformation spéciale : la dégénérescence rouge. La tumeur ramollie, prend en effet une coloration rouge couleur de viande fraîche. Cette dégénérescence est due elle aussi à l'infiltration sanguine diffuse de la tumeur, avec hémorragie en foyer.

Que deviennent ces tumeurs après l'accouchement? Si pendant la grossesse le fibrome s'hypertrophie, il subit presque toujours une diminution de volume notable après l'accouchement. C'est la régression et l'atrophie. Cette modification a été signalée depuis longtemps par Scazoni, dans son « Traité pratique des maladies des femmes » en 1858. Lorrain a observé chez une femme enceinte, deux myomes de l'utérus, dont on avait le volume d'une tête d'enfant. La mort étant survenue après l'accouchement, l'autopsie ne montre plus que deux petites nodules fibreux, dont le plus gros avait le volume d'une noisette. Lefour rapporte un cas de Charpentier de volumineuses tumeurs fibreuses de l'utérus, qui n'étaient plus appréciables à l'examen, trois mois après l'accouchement.

Cette atrophie musculaire est due à une dégénérescence granulo-graisseuse, qui attaque la fibre musculaire et la détruit. Elle est due aussi à une transformation fibreuse du myome qui est la conséquence de l'ischémie de la tumeur, entraînant la dégénérescence de ces éléments nobles et l'envahissement conjonctif.

Etant donné qu'il est permis d'espérer après l'accouchement une résolution de la tumeur, en pratique, l'intervention chirurgicale sera repoussée jusqu'au dernier moment et l'on y aura recours que poussé par les accidents graves mettant la mère en danger de mort.

CHAPITRE V

Influence des Fibromes sur la Grossesse

Si le plus souvent, les femmes atteintes de fibromes de l'utérus peuvent sans trop de gêne conduire leur grossesse à terme et accoucher sans trop de difficulté, il est cependant des cas où le fibrome constitue une complication sérieuse susceptible de nécessiter l'intervention.

1^o — *L'évolution est normale.*

C'est l'éventualité la plus fréquente. La tumeur n'entraînera pas d'inconvénients pendant la grossesse; celle-ci évoluera indépendamment de celle-là surtout si la tumeur n'est pas volumineuse, si elle est unique, si elle est située au niveau du corps et si son développement n'est pas rapide.

« Rien n'est plus commun, disent Ribemont, Dessaignes et Lepage, que de voir de petits fibromes siégeant dans l'utérus ne gêner en aucune façon la marche et le développement de la gestation; ce n'est que lorsqu'on examine la femme dans les derniers temps de la grossesse et surtout au cours du travail, lorsque l'utérus en se contractant se dessine en relief, que l'on reconnaît l'existence de ces petites tumeurs qui n'avaient donné lieu à aucun symptôme particulier pendant le cours de la grossesse. »

Les statistiques prouvent la rareté des indications opératoires dans les fibromes au cours de la grossesse. Dans la statistique de Schroeder publiée par Stratz sur 20.000 accouchements il y eut 12 cas de fibromes avec intervention pendant la grossesse. La statistique de Pinard est plus démonstrative encore. Sur 21.891 femmes accouchées, à la clinique Baudeloque, on note 171 cas de fibromyomes sans jamais avoir du recourir à l'intervention.

2^o - *L'évolution est accompagnée d'accidents ou de complications.*

C'est la minorité des cas. Cependant les fibromes peuvent parfois devenir le point de départ d'accidents divers et de gravité variable que nous allons successivement passer en revue :

1° - *Rétroversion et incarceration de l'utérus gravidé.*

Dans bien des cas, comme nous l'avons dit plus haut, les fibromes de l'utérus même pelviens, subissent au cours de la grossesse, un processus d'élévation progressive débarassant ainsi la filière pelvienne. Malheureusement, cette ascension peut être entravée. Le phénomène inverse est même possible et une tumeur au fond de l'utérus primitivement extra-plévienne peut tomber dans le bassin et y demeurer enclavée si l'utérus vient à se couder en arrière. De même, dans un utérus qui contient un corps fibreux dans sa face antérieure ou postérieure, augmente de volume sous l'influence du développement de la grossesse. Le fibrome vient buter contre le promontoire et ne peut le franchir. L'utérus tombe en rétroversion et le progrès de la grossesse, ne font souvent qu'accroître l'incarcération de la tumeur. Les accidents dus à cette incarceration, apparaissent vers le quatrième mois, tantôt ils débutent brusquement et violemment sans cause appréciable, tantôt ils surviennent à la suite d'une chute, tantôt leur marche est lente et progressive. Ces accidents sont relativement graves, les cas heureux sont malheureusement assez rares et dans les fibromes incarcérés, il faut intervenir de bonne heure par suite de l'intensité des phénomènes de compressions nouvelles, complications que nous allons étudier maintenant.

2° - *Accidents de compression pelvienne.*

Nous analyserons les troubles produits par la compression pelvienne, en passant en revue les différents appareils qu'ils peuvent intéresser, mais en nous rappelant surtout qu'ils sont presque toujours associés :

(a) Troubles de compression nerveuse. Ce sont les plus fréquents ; on les observe toujours à un degré plus ou moins accentué. Parfois ce sont des douleurs sourdes qui incommode beaucoup les malades. Parfois les douleurs surviennent brusquement par accès sous forme de coliques violentes et peuvent simuler des accidents de torsion. Dans certains cas, ces phénomènes douloureux sont très violents, retentissent grave-

ment sur l'état général et peuvent constituer alors une indication impérieuse à l'opération.

b) Troubles de compression des voies urinaires. La pression des fibromes de la région antérieure sur la vessie, gêne son extension et provoque des mictions plus fréquentes, accompagnées de dysurie et de ténésme. Parfois, l'irritation que produit le contact du fibrome, amène une contraction réflexe du sphincter vesical et la rétention d'urine. Beaucoup plus importante est la compression des uretères qui latente au début, est bientôt suivie d'accidents graves. Elle provoque la distension du bassin avec uronéphrose. Cette rétention rénale, favorise l'infection par voie sanguine et est l'origine de pyélonéphrite. Elle peut également entraîner l'anurie, des signes d'insuffisance rénale, de l'albuminurie, de l'éclampsie. Dans les cas de ce genre, il y aura évidemment une indication pressante à intervenir, et il ne faudra pas pour cela que les accidents aient atteints un degré suffisant pour compromettre le succès de l'opération.

c) Troubles de compression vasculaire. Ces accidents s'observent assez rarement, et ont en général peu de gravité. Ils se bornent à un œdème léger des membres inférieurs, d'ailleurs souvent transitoire. Cependant, quelquefois, il peut être plus accentué au point de causer une gêne assez marquée.

d) Troubles de compression intestinale. La compression de l'intestin par un utérus volumineux ou bourré de fibromes, celle du rectum par un fibrome du petit bassin, provoque une constipation qui devient bientôt rebelle à toute médication et peut, dans certains cas, même se compliquer d'obstruction intestinale, de stercorémie. Les vomissements peuvent devenir fréquents, rendent toute alimentation impossible, entraînant un affaiblissement extrême de la malade compromettant même sa vie.

e) Trouble de compression générale. Indépendamment des phénomènes de compression des organes du petit bassin le développement exagéré de l'utérus gravide fibromateux peut entraîner des troubles de compression générale. Une ampliation

exagérée du ventre gênant la marche entraînant de la douleur, de la dyspnée par refoulement du diaphragme ou par phénomènes réflexes, comme le pense Bœcker, et entraîner également des troubles cardiaques aussi variée que complexes. Ce sont parfois de simples phénomènes d'érithisme cardio-vasculaires, avec palpitations, exagération de la fréquence et de la tension du pouls, auquel s'ajoutent des crises de tachycardie parfois aussi de la dilatation du ventricule droit ou de la dégénérescence graisseuse du myocarde. L'état général est profondément atteint, les troubles de compression et de réaction péritonéale, sont au maximum activant la dénutrition et entraînant un état de cachexie, tel que l'intervention hâtive devient une nécessité vitale.

3° - *Troubles de réaction péritonéale.*

Cette réaction péritonéale qui s'observe fréquemment en cas d'accroissement de la tumeur fibreuse, surtout quand cet accroissement est rapide, peut, dans certains cas, affecter une marche aigue et revêtir l'allure d'une véritable péritonite. C'est en particulier ce qu'on peut observer en cas de nécrose de la tumeur ou de torsion du pédicule des fibromes sous-péritoneaux, accidents que nous allons étudier maintenant.

4° - *Torsion des fibromes pédiculés.*

Cette torsion du pédicule des fibromes sous-séreux au cours de la grossesse, est un accident rarement observé. Blanchard dans sa thèse en rapporte neuf observations. La torsion peut être lente, ne s'accompagnant d'aucuns symptômes caractéristiques, mais elle peut être également brusque débutant par une vive douleur abdominale syncopale en coup de poignard, d'abord localisée au niveau du fibrome, mais ne tardant pas à s'irradier et bientôt suivie d'un cortège symptomatique indice d'une réaction péritonéale : vomissements, petitesse du pouls, ballonnement abdominal. Après cette phase aigüe, l'affection peut s'acheminer vers une sorte d'accoutumance analogue à celle dont parle Bouilly, au sujet des kystes de l'ovaire. Mais

cette accalmie est souvent très traître, de nouvelles crises peuvent apparaître, se rapprochant capables d'entraîner l'expulsion prématurée de l'œuf ou des accidents de péritonite graves qui emportent le malade. La torsion axiale de l'utérus serait aussi fréquente. Piquand et Lameland en rapportent douze cas. Elle s'observerait principalement dans les volumineux fibromes du fond ou de la corne de l'utérus. La torsion se ferait presque toujours de gauche à droite.

5° - *Nécrose des fibromes.*

Ce sont des accidents analogues que l'on observe dans les cas de nécrose des fibromes au cours de la grossesse. Bablet en rapporte 16 exemples dans sa thèse. Les symptômes cliniques magistralement décrits par M. le Professeur Bégouin en sont : des douleurs violentes, souvent brusques lorsque la nécrose est aiguë, presque toujours localisées au siège du fibrome, puis ce sont des signes de péritonisme, augmentation du volume du ventre : enfin, peu à peu, l'état général de la patiente s'altère, la fièvre apparaît ; de plus, on peut noter une coloration jaunâtre des téguments rappelant celle des cancéreux. Le diagnostic en est parfois difficile, mais M. le Professeur Chavannaz dont nous avons cité en entier une observation typique, insiste sur ce fait que tout myome qui commence à occasionner des douleurs, doit faire penser à la probabilité d'altération dégénérative. Le pronostic en est toujours sérieux en raison de la péritonite toujours imminente et de l'affaiblissement très grave qui s'empare des malades. L'intervention chirurgicale, comme l'écrit M. le Professeur Bégouin est la seule thérapeutique.

6° - *Hémorragie.*

Les hémorragies sont assez peu fréquentes au cours de la grossesse. L'insertion basse du placenta en est presque toujours la cause. Elles peuvent, par leur abondance et leur répétition être une menace pour la vie de la femme. L'observation de M. le

Docteur Lefebvre se rapporte à un cas de ce genre. Certains auteurs attribuent ces hémorragies à une endométrite fréquente chez les femmes atteintes de fibromes. D'autres y voient le résultat du décollement du placenta inséré sur un fibrome faisant saillie dans la cavité utérine. Ces hémorragies se produisent souvent à l'époque habituelle des règles et présentent parfois des caractères analogues comme abondance et comme durée. Elles peuvent ainsi induire en erreur et conduire à méconnaître l'existence d'une grossesse.

• 7° - *Avortement et accouchement prématuré.*

Ce sont des accidents fréquemment observés. Les statistiques de Lefour (12. 7 %) et de Nauss (18 %) paraissent à ce point de vue singulièrement probantes. Jamain, sur 84 fibromes gravidiques, a observé 20 avortements et Garkisch 86 avortements sur 232 fibromes gravidiques. L'accouchement prématuré est encore plus fréquent, Méheut, l'a constaté 30 fois sur 80 fibromes gravidiques. Il augmente de fréquence à mesure que l'on se rapproche du terme. D'après Lefour, le fibrome agirait de trois façons différentes, soit en provoquant des contractions utérines prématurées, soit en causant des hémorragies qui provoquent des décollements du placenta, soit enfin en créant un obstacle qui s'oppose à l'extensibilité de l'utérus.

8° - *Mort du fœtus et rétention dans l'utérus.*

D'après Lefour, cette mort est due le plus souvent, à des hémorragies insuffisantes pour entraîner l'expulsion de l'œuf, mais capables d'entraîner dans la circulation utéro-placentaire des troubles marqués. Elle peut également provenir de la compression exercée directement sur le fœtus par le fibrome. La poche des eaux vient-elle à se rompre, la putréfaction fœtale peut se déclarer avec toutes les conséquences sérieuses qui en découlent.

9° - *Grossesse ectopique.*

Il est incontestable, comme nous l'avons dit plus haut, que les femmes qui ont des fibromes de l'utérus, conçoivent moins

souvent mais alors même que la femme a été fécondée, l'œuf peut être gêné dans sa marche s'arrêter en route, se greffer dans la trompe ou même sur le péritoine. Cette grossesse ectopique s'observe surtout dans les cas où un fibrome des cornes utérines oblitère ou déforme l'orifice interne de la trompe.

Accidents et complications occasionnés par les fibromes au cours du travail.

Les fibromes utérins peuvent entraver le travail, soit en créant sur le passage du fœtus, un obstacle mécanique qui empêche sa progression, soit en déterminant des présentations vicieuses du fœtus, soit en affaiblissant la puissance contractile de l'utérus.

1° *Obstacle mécanique.* — Lorsque la sortie du fœtus est contrariée par un fibrome obstruant plus ou moins complètement la filière pelvi-génitale, on se trouve en face d'une véritable dystocie créée par cette tumeur, d'une « dystocie fibreuse » suivant l'heureuse expression de M. Boursier. Le rôle dystocique des fibromes a été minutieusement étudié par Lefour, dans sa thèse d'agrégation par Turner dans sa thèse de doctorat. Ces deux auteurs ont mis en lumière le mode différent de chacun de ces fibromes suivant le siège, le volume et la dureté. Les fibromes du corps utérin ayant la faculté de se développer dans la cavité abdominale, n'apportent à peu près aucune gêne mécanique; tout au plus en modifiant la contraction utérine peuvent-ils prolonger le travail. Il en est tout autrement des fibromes du segment inférieur. Cette région plonge dans l'excavation pelvienne et tout fibrome de cette région, diminuera la capacité du petit bassin d'une quantité égale à son volume. Cette différence d'action de fibromes du corps et de ceux du segment inférieur est fort bien signalée par Lefour, qui, adoptant pour les fibromes utérins, la division en trois zones de Barnes pour la situation du placenta, dit que la zone inférieure peut être appelée pour les

fibromes la zone dangereuse. Turner a insisté également sur ce rôle prédominant des fibromes du segment inférieur, au point de vue dystocique. Dans un long exposé anatomopathologique, il montre que cette portion de l'utérus est relativement fixe. Les fibromes de cette portion ne jouiront donc que d'une mobilité très restreinte et ne pourront pas se déplacer devant la tête fœtale.

Turner fait également remarquer que la situation de la tumeur sur la paroi antérieure ou postérieure de l'utérus présente un certain intérêt. Un fibrome situé en avant et sur les côtés remontera facilement au-dessus du pubis laissant libre le bassin. Au contraire, un fibrome postérieur restera collé contre la concavité osseuse du sacrum et réduira d'autant la capacité du bassin. Si, au moment du travail, on ne parvient pas à refouler la tumeur et à dégager la tête fœtale, l'accouchement sera impossible et pour délivrer la femme, il faudra, ou mutiler le fœtus, ou pratiquer la césarienne.

Quel volume doit atteindre un fibrome pelvien doublant la ceinture osseuse du bassin, pour devenir un obstacle sérieux à l'accouchement ? Tarnier très arbitrairement, ainsi qu'il l'avoue lui-même, a fixé ce volume à un œuf de poule, mais il est facile de concevoir qu'entre un rétrécissement osseux et un rétrécissement par fibromes, il y a une différence essentielle. Le rétrécissement osseux est immuable. Le diamètre retréci ne varie pas, puisqu'il est impossible de repousser les parois du bassin. Au contraire, l'obstacle fibreux dépend non seulement du volume, mais surtout de la dureté de la tumeur. Un fibrome de consistance noble s'applatera, s'étalera sous la pression de la partie fœtale ; il y a, par suite, amoindrissement de son volume et agrandissement du diamètre vrai. Les fibromes du col, d'après Chabbazian, peuvent constituer un obstacle mécanique, en formant un véritable bouchon qui ferme l'utérus et empêche la sortie du fœtus, mais ils ont surtout une action mécanique, ils mettent obstacle à la dilatation du col et créent une rigidité toute particulière à l'orifice utérin.

2° *Présentation vicieuse.* — Les fibromes sont encore une cause de présentation vicieuse. Cette question a été étudiée de très près dans la thèse de Lefour et par M. Boursier dans son rapport au Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique de Nantes. Par les modifications de forme et de dimension qu'ils donnent à la cavité utérine, les fibromes gênent l'accommodation fœtale. Aussi dans les grossesses compliquées de fibromes, y a-t-il une diminution des présentations du sommet et une augmentation des présentations anormales.

Voici à ce sujet quelques statistiques éloquentes :

La statistique de Nauss permet de constater pour 86 cas :

45 présentations céphaliques, soit :	53 %.
22 » du siège, »	26 %.
18 » du tronc, »	17,5 %.

Celle de Lefour, qui comprend 182 cas, nous donne :

52 présentations du sommet, soit :	31 %.
33 » du siège, »	82 %.
17 » du tronc, »	17 %.

Les chiffres cités par Boursier sont les suivants :

Sommet :	53,82 %.	au lieu de	97,29 %.
Siège :	27,18 %.	» » »	1,71 %.
Tronc :	19 %.	» » »	0,75 %.

Turner fait remarquer avec raison que la proportion des présentations vicieuses mises en relief par les statistiques, doit être en réalité considérée comme exagérée. En effet, un grand nombre de fibromes gravidiques qui évoluent sans causer d'accident ne sont pas rapportés. On ne publie guère que les cas difficiles qui entraînent la dystocie et dans lesquels une intervention est nécessaire. On conçoit, en effet, assez difficilement que de petits fibromes du corps puissent gêner en quoi que ce soit l'accommodation.

3° *Affaiblissement de la puissance contractile de l'utérus.* — Par suite des modifications que la présence des fibromes détermine dans la contraction utérine, celle-ci est lente et pénible. Au moment d'une contraction, l'utérus doit

se resserrer à la fois dans toute son étendue de façon à diminuer la capacité de l'organe et à propulser l'œuf au dehors.

En présence d'un ou de plusieurs fibromes interrompant la continuité du tissu musculaire utérin, on comprend facilement que la contraction s'affaiblisse et diminue sa force d'expulsion. L'utérus, incapable de se débarrasser de son contenu, se dépense en vains efforts. Les contractions deviennent irrégulières, spasmodiques, puis se terminent par une inertie complète. Parfois, lorsque l'utérus est bourré de fibromes, la contraction utérine aboutit d'emblée à cette inertie. D'après Lefour, ce sont surtout les fibromes interstitiels qui entravent et annihilent la contraction utérine.

On comprend que de petits fibromes, sans aboutir à une inertie utérine complète, puissent affaiblir la puissance de contraction de l'utérus. Ne serait-il pas permis de voir dans cet affaiblissement des contractions utérines dues à de petits fibromes, la raison pour laquelle le travail est généralement si long chez les primipares âgées ?

C'est l'opinion de M. le Professeur Faugère qui, dans bon nombre d'applications de forceps faites sur des primipares âgées, les a toujours trouvées porteuses de petits fibromes utérins.

Influence des fibromes sur la délivrance.

La délivrance n'est pas spécialement influencée par l'existence des fibromes utérins à condition toutefois, que le placenta ne s'insère pas sur la région fibromateuse. En général, elle est cependant quelque peu retardée à cause de la faiblesse de contractions de l'utérus fibromateux. Les hémorragies sont relativement fréquentes. Elles reconnaissent pour cause, elles aussi, l'inertie utérine. Il est très rare cependant que l'hémorragie soit assez abondante pour déterminer la mort.

Influence des fibromes sur les suites de couches.

Les suites de couches sont assez fréquemment compliquées dans les cas de fibromes concomitants. Quelquefois, on peut observer des troubles de contractions. Dans sa thèse, Turner

en cite un bel exemple. La tumeur avait un volume considérable et avait déterminé des accidents de compression abdominale. L'avortement qui se produisit ne déterminât aucune amélioration, au contraire, les accidents s'aggravèrent et et la malade succomba. Plus souvent, on observe des hémorragies dans les jours qui suivent l'accouchement. Ces hémorragies sont plus ou moins tenaces et s'accompagnent toujours, comme le fait remarquer Lefour, de douleurs de reins souvent atroces. Ces hémorragies sont moins menaçantes pour la vie de la malade, que les hémorragies de la délivrance.

Mais, sans aucun doute, les accidents les plus à redouter à cette période, sont les accidents d'infection. Par leur volume, les fibromes peuvent obstruer le canal cervical et gêner l'écoulement des lochies, facilitant ainsi la production de l'infection. Il se fait ainsi de l'endométrite septique, puis s'il s'agit d'un fibrome sous-muqueux, l'infection se propage très aisément à la loge celluleuse du fibrome, puis au corps fibreux lui-même dont elle détermine la suppuration et la gangrène. Ce sont là des accidents très graves qui ont souvent la mort pour conséquence.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

La question du diagnostic dans le cas qui nous occupe doit être envisagée à trois périodes différentes : pendant la grossesse, pendant le travail et pendant les suites de couches.

1° — *Diagnostic pendant la grossesse.*

Le diagnostic simple dans bien des cas peut présenter pourtant dans certaines circonstances de très réelles difficultés, surtout pendant les premiers mois. A cette époque, à moins d'examens répétés, il est très difficile de faire le diagnostic de la co-existence d'une grossesse et de fibromes. Autant que possible, il est pourtant désirable de faire ce diagnostic avant d'opérer. Dans l'ignorance d'une grossesse on a enlevé un grand nombre d'utérus myomateux gravides. Aussi longtemps que la présence du fœtus n'est pas signalée par la palpation des parties fœtales, on ne peut faire qu'un diagnostic de présomption de grossesse.

Prenons quelques exemples :

a) Dans un utérus fibromateux y a-t-il une grossesse ? C'est le cas le plus simple. Depuis un certain temps, on a reconnu chez une malade l'existence d'un fibrome. A un moment donné, la malade a perdu plus de sang que de coutume ou bien ses règles se sont arrêtées ou encore, on constate des phénomènes de compression. Bref, la malade a constaté une modification de son état et vient consulter à nouveau son médecin.

Ici, le diagnostic est assez difficile et les observations sont nombreuses où ce diagnostic n'a été fait qu'au cours de l'opération ou même à l'examen des pièces ; l'examen physique en effet, ne sera pas ici d'une grande utilité pour le diagnostic.

On devra se baser surtout sur les commémoratifs, les troubles réflexes et le gonflement des seins.

Dans le cas de fibromes sous-séreux pédiculés, la tumeur étant entièrement distincte de l'utérus, on peut percevoir ces variations de volume et le diagnostic devient d'autant plus aisé.

Dans tous les cas, on comprend qu'il faudra agir à cette époque avec une extrême prudence et, à moins d'accidents sérieux, attendre et pratiquer les examens répétés avant de faire un diagnostic ferme. On arrivera ainsi à l'époque où la grossesse se traduit par des signes : certains mouvements actifs du fœtus, perceptions des bruits du cœur et l'on pourra ainsi éviter une désagréable surprise opératoire.

b) Y-a-t'il fibrome ou grossesse ?

Dans ce cas là, l'on ne sait rien de la malade qui est soumise à l'examen. On sent parfois une masse plus ou moins volumineuse qui est certainement l'utérus modifié dans sa forme et ses dimensions. Le diagnostic, de fibrome s'impose, mais ce fibrome a une apparence plus globuleuse que d'habitude, sa consistance est moins ferme et plus dépréciée, ceci doit nous conduire à interroger la malade avec une extrême précision sur les caractères de ses dernières règles. Si ces règles ont été absentes ou si seulement elles ont été modifiées dans leur allure, s'il existe des symptômes sympathiques de grossesse on doit garder une sage réserve et attendre avant de se prononcer et surtout avant d'intervenir.

Les cas sont parfois d'une extrême difficulté ; qu'il nous suffise de rapporter ici une observation publiée par M. le Professeur Eustache, de Lille, publiée dans « *les Nouvelles Archives d'obstétrique.* »

Il fut appelé auprès d'une personne paraissant en travail depuis la veille et dans le col entr'ouvert de laquelle on pouvait sentir une masse charnue que le médecin qui la soignait considérait comme un polype préfoetal d'autant mieux qu'il y avait eu des hémorragies périodiques pendant toute la grossesse. De plus, on entendait les battements fœtaux au nombre

de 130 à la minute avec une netteté parfaite. Cependant, en raison de quelques circonstances suspectes l'étude de ces battements fut faite minutieusement et on put constater qu'on les retrouvait partout jusqu'à la région précordiale avec la même intensité. C'était, en somme, les battements du cœur de la mère, qui grâce à des conditions de transmission particulières s'entendaient avec une égale netteté, depuis la région des aines jusqu'à la clavicule. Donc, le phénomène qui paraissait un signe de certitude avait été mal interprété. Il s'agissait d'une tumeur fibreuse de l'utérus et non d'une grossesse. Quant à la cause qui avait produit ces battements inusités, on pouvait l'expliquer ainsi ; le développement de la tumeur utérine coïncidant avec le mariage chez une femme âgée déjà de 47 ans, impressionnable, désirant être mère, par conséquent très nerveuse, avait amené des troubles d'innervation qui avaient retenti sur le cœur et faisaient battre cet organe avec une grande rapidité, au moment des examens surtout. Il avait également amené des troubles d'innervation du tube digestif. Constipation, pneumatose intestinale et stomacale à la fois, qui soulevait la tumeur, la refoulait en avant, pendant que le diaphragme était refoulé en haut.

Quand il en était ainsi, l'estomac et l'intestin formaient par les battements du cœur maternel une caisse de raisonnement et celle-ci était encore accrue par la tumeur utérine dure, compacte et ainsi très bonne conductrice des sons.

Heureusement, de semblables conditions sont rarement réunies et les cas présentant une telle difficulté sont exceptionnels. Cependant, il est bon de les connaître pour ne pas s'en laisser imposer par un signe qui est considéré comme un signe de certitude.

c) Fibromes compliquant la grossesse et kystes de l'ovaire.

A l'examen on sent plus ou moins nettement le corps de l'utérus et à côté on perçoit une tumeur assez grosse, molle, donnant presque une sensation de fluctuation. Dans ces cas, les difficultés vont être plus grandes encore. Qu'il nous soit permis de rappeler l'observation de M. le Docteur Jayle rapportée dans la thèse de Burty :

« Chez cette malade on avait fait tout d'abord le diagnostic de fibromes, puis, la grossesse paraissant probable, le diagnostic de grossesse compliquée de kystes de l'ovaire en raison de la molesse de la tumeur. La laparatomie fut pratiquée; le ventre ouvert, la tumeur fut prise pour l'utérus gravide lui-même et la paroi fut refermée. La tumeur continuant à grossir rapidement on crut à un hydramnios aigu. Il s'agissait d'un gros fibrome inséré au niveau de la corne utérine gauche et dont le développement considérable au cours des trois premiers mois de la grossesse avait conduit à ces erreurs de diagnostic successives. »

d) La grossesse est évidente. Existe-t-il un fibrome ?

Il faut alors examiner la paroi utérine au moment d'une contraction pour reconnaître les nodules fibromateux inclus dans son épaisseur et explorer avec soin le fond et les côtés de l'utérus pour y chercher les corps fibreux pédiculés ou sessiles. Ici encore, les causes d'erreurs ne manquent pas et Ahlfed a montré qu'il peut se faire dans la paroi de l'utérus gravide des contractions partielles qui simulent, à s'y méprendre, l'existence d'un fibrome.

e) Grossesse compliquée de fibromes et grossesse gémellaire.

A l'examen on trouve un fœtus placé transversalement, mais à côté de lui on constate une masse arrondie qu'on peut prendre pour l'extrémité d'un second fœtus. A vrai dire, cette masse ne se laisse pas effacer par la contraction utérine comme le ferait une partie fœtale, mais souvent il peut y avoir doute. Dans ces conditions, on agira sagement en n'affirmant pas la grossesse gémellaire, avant d'avoir constaté deux centres de battements cardiaques à rythme différents et n'ayant aucun rapport avec le pouls de la mère.

On comprend aisément l'impossibilité du diagnostic en cas de mort de l'un des fœtus; sa tête pouvant être prise pour un fibrome.

f) Grossesse compliquée de fibrome et grossesse extra-utérine.

La confusion est possible; dans les deux cas il existe des signes de grossesse; la saillie formée par un fibrome sous-

péritonéal ou par un fibrome intraligamentaire peut être prise pour un kyste fœtal accolé à l'utérus. L'erreur sera plus aisée encore à commettre s'il y a des métrorragies. Dans ces conditions l'opération seule pourra lever le doute et montrer la cause véritable des accidents.

2° — *Diagnostic pendant le travail.*

L'étude du diagnostic des fibromes au moment du travail présente une importance sérieuse. C'est, en effet bien souvent, la première fois, que la malade est soumise à l'examen; l'accouchement se fait avec lenteur ou difficulté et il importe de reconnaître la cause de la dystocie. Ce diagnostic ne souffrira généralement plus de difficultés dans les cas de fibromes du fond ou des côtés de l'utérus. Il peut être beaucoup plus difficile s'il s'agit d'un fibrome du segment inférieur. Dans ces conditions le toucher vaginal digital ne donne généralement pas de renseignements suffisants; il faudra pratiquer le toucher manuel au besoin sous anesthésie, afin de bien reconnaître la situation du col et de voir s'il n'est pas refoulé par une tumeur ou si la paroi du segment inférieur ne présente pas en un point un épaississement anormal. Grâce à un examen ainsi pratiqué, il est généralement possible de reconnaître la dystocie fibreuse; se méfier cependant de ne pas la confondre avec l'hypertrophie du col, une malformation utérine, ou avec tumeur du bassin.

3° — *Diagnostic pendant les suites de couches.*

La question du diagnostic d'un fibrome pendant les suites de couches, peut se poser dans les conditions suivantes : une femme vient d'accoucher, sans difficultés particulières, la délivrance a été normale; cependant la malade est prise d'hémorragies; néanmoins la main appliquée sur l'abdomen perçoit nettement le globe utérin, l'utérus est bien revenu sur lui-même. C'est alors le toucher combiné au palper qui nous renseignera, nous montrant, soit un fibrome du corps, soit un polype plus ou moins hernié à travers l'orifice cervical.

CHAPITRE VII

Indications générales des interventions chirurgicales au cours de la grossesse.

Les accidents graves occasionnés par les fibromes que nous venons de passer rapidement en revue peuvent, dans leur ensemble, être classés en deux catégories :

1° Les fibromes interrompent la grossesse en provoquant l'avortement ou l'accouchement prématuré.

2° Ils sont une menace pour la vie de la femme par les troubles qu'ils occasionnent; ils sont une menace pour la vie de l'enfant et secondairement pour celle de la mère, par l'obstacle mécanique qu'ils créent au moment de l'accouchement. Pour parer à ces éventualités, l'accoucheur devra recourir au cours de la grossesse à l'intervention chirurgicale.

En général, il n'y a pas lieu de s'alarmer, lorsqu'une femme atteinte de fibromes devient enceinte; tout au plus, aura-t-on à exercer une surveillance plus attentive.

Tout le monde, en effet, sera d'accord pour rester dans l'expectative, quand il s'agira d'un fibrome dont le volume ne sera pas excessif.

De même, tout accoucheur ou gynécologue interviendra en présence d'accidents immédiatement graves.

Quels sont les accidents justifiant une intervention chirurgicale ?

Ce sont, dans la majorité des cas, des troubles tenant à la compression des organes de la cavité abdominale. Ces symptômes observés, peuvent être d'importance inégale. Les plus alarmants, ceux qui ne permettront pas d'hésitation, sont surtout ceux qui traduisent un arrêt de fonctionnement du tractus urinaire intestinal, une gêne de la circulation veineuse, un état de défaillance cardiaque; ce sont aussi les hémorragies abon-

dantes et répétées et dans le traitement desquelles échouent les moyens obstétricaux. L'état général de la femme est à cet moment grave, celle-ci, suivant l'expression de Pollosson, peut être considérée en état de légitime défense. Il faut agir vite, ne pas se préoccuper de l'âge de la grossesse. Pour sauvegarder l'existence problématique de l'enfant, il serait injustifié de mettre la vie de la femme en péril.

Les phénomènes douloureux ne sont pas, en général, aussi pressants. Ils cèdent souvent, en effet, au repos au lit et à l'action des calmants. Mais ces douleurs peuvent cependant par leur acuité, leur persistance altérer la santé maternelle en ne lui laissant ni repos ni sommeil et entraîner l'acte opératoire.

S'il s'agit de nécrose d'un fibrome, le pronostic touchant le fœtus est grave comme l'est également celui qui concerne la mère. Certes la nécrobiose peut rester aseptique et c'est ce qui avait fait adopter à Turner, l'idée qu'il fallait retarder jusqu'à l'accouchement l'ablation d'un fibrome non-infecté; mais, il semble difficile de faire la part entre les différents types d'accidents atteignant les fibromes dans leur nutrition et Chavannaz pense qu'il a avantage dans tous les cas de nécrose à intervenir le plus vite possible.

En cas de torsion d'un fibrome pédiculé, il semble admis à l'heure actuelle qu'il faille immédiatement recourir à l'intervention. L'abstention peut avoir des conséquences graves et, par contre, l'intervention peut se borner le plus souvent à une polypectomie.

Tels sont, en général, les accidents graves immédiats où dont les conséquences seront fatalement graves à bref délai et qui justifient l'intervention au cours de la grossesse.

Il est nécessaire d'envisager la question de l'intervention au triple point de vue de la situation du fibrome, des accidents qu'il détermine des risques opératoires.

Nous envisagerons pour cette étude les fibromes d'après leur topographie.

1° — *Fibromes du col.*

a) Ou bien il s'agit d'un polype. Ils sont fréquemment la cause d'hémorragies graves. Ils sont exposés à la nécrose, au sphacèle et subissent souvent un développement exagéré vers la fin de la grossesse; ils sont aussi susceptibles d'entraîner l'avortement en provoquant le travail. Par contre, l'excision ou la torsion d'un fibrome pédiculé est une opération simple et sans danger. Il ne saurait donc y avoir de doute; tout fibrome pédiculé du col doit être extirpé en cas de grossesse.

b) Ou bien il s'agit d'un fibrome intierstitiel du col. L'extirpation est ici beaucoup plus difficile. Ils peuvent donner lieu à des accidents de compression ou à des hémorragies abondantes. L'intervention sera alors légitimée.

Au cas où ce fibrome n'entraîne pas cette symptomatologie bruyante, doit-on avec Turner agir préventivement dès les premiers temps de la grossesse.

Si le fibrome est de petit volume, d'énucléation facile, l'intervention est logique, mais il sera préférable d'attendre au quatrième mois, époque à laquelle les risques d'avortement sont moindres. Si le fibrome est plus volumineux et susceptible d'offrir un obstacle à l'accouchement, on n'opérera qu'à la fin de la grossesse. Si, enfin, le fibrome est d'un volume important de limite peu précise, de connection difficilement appréciable, il faudra attendre le terme de la grossesse et recourir alors à la césarienne.

2° — *Fibromes à évolution abdominale,*

En présence d'un fibrome à évolution abdominale, on est en droit de temporiser, car ces fibromes ne prédisposent que d'une façon tout à fait indirecte à l'avortement et sont le plus souvent bien tolérés par la femme.

Dans ces fibromes on n'interviendra donc que la main armée par des accidents menaçants pour la vie de la mère, accidents que nous avons étudiés.

C'est dans ces cas-là qu'il faut être aussi abstentionniste

que possible, surtout si nous avons la certitude que l'opération fera courir de sérieux dangers à la mère. Cependant, en présence des résultats que donnent les procédés actuels, nous avons le droit d'intervenir, car la mère, et peut-être l'enfant, sont moins menacés par l'opération que par les accidents plus sérieux dont les phénomènes observés ne sont sans doute que le prélude.

3° — *Fibromes pelviens.*

Ils reconnaissent les mêmes indications opératoires que les fibromes abdominaux. Le rôle particulier que certains fibromes pelviens peuvent jouer au moment de l'accouchement, soit en occasionnant une présentation vicieuse, soit en créant un obstacle mécanique au passage du fœtus ne se pose pas pendant la grossesse. C'est une question qui sera à débattre plus tard au moment du travail. Ainsi que le dit Boursier dans son mémoire au Congrès de Nantes en 1901, il est à peu près toujours impossible de prévoir avant la fin de la grossesse ou même le début de l'accouchement qu'un fibrome sera sûrement dystocique.

En résumé, si le fibrome pelvien n'entraîne au cours de la grossesse aucun phénomène alarmant, l'expectation sera toujours indiqué jusqu'au terme de la grossesse. C'est seulement au moment du travail qu'on se décidera ou non suivant les circonstances à intervenir.

On voit, en somme, combien est complexe cette question des indications opératoires au cours des fibromes gravidiques. A l'exception de certains cas bien définis, il est injustifié de formuler une règle de conduite uniforme.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Pour parer aux accidents observés au cours de la grossesse alors que la continuation de celle-ci est incompatible avec la vie de la femme, on a conseillé les procédés opératoires suivants :

1° Provocation de l'avortement ou du travail.

Bien que provoquer l'avortement soit la première idée qui vienne à l'esprit, c'est un procédé à rejeter absolument. Il n'a pas d'influence curative sur les fibromes de l'utérus et ne constitue pas une opération logique, car il sacrifie la vie de l'enfant et ne protège pas la mère contre le danger de la tumeur fibreuse. On doit la rejeter absolument.

Dans un utérus fibromateux les dangers de l'avortement sont augmentés ; l'hémorragie est parfois abondante et difficile à arrêter. Le fibrome peut être un obstacle à l'écoulement du sang et des lochies, il peut entraîner la rétention du placenta, toutes causes propres à augmenter la susceptibilité de la femme à l'infection. Ces arguments peuvent être invoqués de même contre l'accouchement prématuré artificiel.

Par suite de la fréquence de l'insertion basse du placenta et du défaut de rétraction de l'utérus fibromateux après l'accouchement, le danger d'hémorragie est particulièrement grand. De plus, si le fibrome peut être considéré comme dystocique, les difficultés peuvent être aussi grandes que dans l'accouchement à terme. On ne peut, en effet, concevoir qu'un fibrome capable d'offrir un obstacle insurmontable pour un fœtus à terme, soit à quelques semaines d'existence assez tolérant pour permettre le passage d'un fœtus prématuré mais viable.

2° Ablation du fibrome seul.

a) *Myomectomie.* - La myomectomie est une opération conservatrice qui n'entraîne pas de mutilation, supprime la cause des accidents et peut permettre d'espérer la continuation de la grossesse et l'extraction du fœtus par les voies naturelles. Laissant intacts utérus et annexes, elle peut permettre l'évolution des grossesses ultérieures car si celles-ci ne sont pas fréquentes après la myomectomie, on en a cité néanmoins de nombreuses observations. Ce serait donc l'opération idéale à pratiquer au cours de la grossesse. Le chirurgien a le choix entre la voie vaginale et la voie abdominale. La voie vaginale n'a cependant que des indications très restreintes, elle est la voie d'élection dans les cas de fibromes du col, sessiles ou pédiculés, situés d'une façon telle que l'hémostase opératoire peut être absolue. C'est une opération sans danger qui n'entraînera que très exceptionnellement l'avortement, mais c'est un procédé qui ne peut être pratiqué que très rarement dans les fibromes du segment inférieur ou les fibromes du col ayant une large base d'implantation, par suite, de la difficulté qu'on éprouve à les amener par le vagin. Dans tous les autres cas, on devra recourir à la voie abdominale qui donne à l'opérateur une vue nette du champ opératoire, la facilité de séparation des adhérences et lui donne également un meilleur accès sur la tumeur et lui permet enfin d'assurer plus facilement l'hémostase.

La myomectomie a contre elle la fréquence des récidives ou plutôt la continuation d'accroissement des fibromes omis lors de l'opération et la possibilité de rupture de l'utérus au moment de l'accouchement. De plus, peu nombreux sont les cas où le chirurgien peut se contenter d'enlever le fibrome en conservant l'utérus et en laissant évoluer la grossesse. Il est impossible, en effet, d'apprécier à l'avance les connections du fibrome et c'est seulement le ventre ouvert, que l'on peut juger si la myomectomie est praticable ou s'il faut recourir à l'hystérectomie. En cas de fibrome libre de toute adhérence relié à l'utérus par un pédicule peu volumineux, l'extir-

pation est facile et l'intervention comporte peu de gravité. Mais, lorsque le point d'implantation est large, lorsque la tumeur est adhérente aux organes voisins, incarcérée dans le petit bassin, son ablation seule, en ménageant l'utérus, est difficile.

Dans certains cas, l'intervention commencée par une myoénucléation se termine par une hystérectomie, car l'opérateur a pu au cours de tentatives d'énucléation ouvrir la cavité utérine, ou bien il a jugé, l'énucléation terminée, que la couche de tissu musculaire séparant le lit du fibrome de la muqueuse utérine était trop mince pour permettre une réfection de la paroi suffisamment résistante pour supporter sans danger les contractions du travail. Il a pu également être amené à enlever l'utérus par suite des difficultés d'hémostase qu'il éprouve malgré tous les soins, qu'il peut apporter au capitonnage de la loge du fibrome ou bien encore parce qu'il craint consécutivement à des manœuvres longues et compliquées des dangers d'infection. Ce sont là des arguments qui, cestes, ne condamnent pas le procédé, mais qui montre que cette opération ne sera justifiée au cours de la grossesse, que lorsque la vie de la femme sera menacée par des complications graves.

Pour conclure, nous dirons donc que la myomectomie, tout en étant une opération idéale, est néanmoins une opération d'exception.

Voici d'ailleurs l'opinion de J.-L. Faure rapportée dans le Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie février 1922.

» Il est évident qu'il faut au cours de la grossesse pratiquer de préférence la myomectomie, lorsque les circonstances anatomiques le permettent, et pour ma part, j'ai eu depuis quelques temps l'occasion de le faire deux fois. Une de mes malades qui avait un fibrome pédiculé, fixé en arrière sur le segment inférieur a été si peu éprouvée par son opération qu'elle a été accouchée à terme à San Francisco. L'autre, opérée au quatrième mois, d'un assez gros fibrome sessile, a avorté. La myomectomie a d'ailleurs un regain d'actualité depuis qu'on l'oppose au traitement par les radiations. Il est certain qu'il y a des cas dans lesquels elle est indiquée et où elle

donne de forts beaux résultats, mais il ne faut pas oublier que dès qu'on a pratiqué l'énucléation de plusieurs fibromes, l'opération devient sensiblement plus grave que l'hystérectomie simple. La suture, la reconstitution d'un utérus saignant et dilacéré est souvent difficile et aléatoire. C'est là un inconvénient grave et c'est pourquoi même sans tenir compte des récidives possibles, je continue à considérer la myomectomie comme une opération d'exception. »

b) - *Radiations*. - Le traitement des fibromes par les radiations est une nouveauté, dont les statistiques sont particulièrement brillantes.

D'après Bleclère, on aurait 97 % de succès. Holtzknecht accuse lui aussi 90 % de bons résultats. Il est normal, qu'avec des statistiques aussi satisfaisantes, on ait songé à traiter des fibromes gravidiques par les radiations, mais, n'y a-t-il pas de contre-indications et les rayons X ne sont-ils pas dangereux pour le fœtus ? De plus, en trainant une ménopause prématurée ne sont-ils pas à proscrire chez de jeunes primipares ?

Monsieur Delbet rapporte trois observations de M. Ménard, relatives à des malades du service de M. J.-L. Faure, soumises par lui à des séances de radiothérapie pour fibromes. Dans les trois cas, la malade devient enceinte au cours du traitement. La première, multipare de 42 ans, fut irradiée quatorze fois, dont huit fois sur un utérus déjà gravide : Accouchement normal. Retour de couches normal, enfant vivant et bien constitué. Chez la seconde malade, il y eut dix-huit séances de radiothérapie, dont onze sur utérus gravide : L'accouchement et les suites furent également normaux. Enfin, la troisième a subi trente-cinq séances, dont les six dernières après fécondation. Elle n'est pas encore accouchée, mais sa grossesse se poursuit normalement. M. Ménard retient ce fait intéressant que la radiothérapie intensive, n'a ni empêché la fécondation, ni troublé la grossesse. Il semble donc que les rayons puissent agir sur l'élément fibrome seul, respectant l'architecture utérine et également la fonction ovarienne. Sur ce dernier point, en effet, M. Ménard se sépare de M. Beclère et ne croit pas qu'il faille systématiquement cher-

cher à provoquer la ménopause mais, au contraire, protéger le mieux possible, si faire se peut, les ovaires au cours de l'irradiation. Le traitement radiothérapique envisagé dans ces conditions est évidemment un traitement de choix à rapprocher de la myoméctomie et ayant l'avantage sur celle-ci de n'être pas une intervention sanglante.

Mais il n'est pas sûr que, comme l'affirme M. Ménard, on puisse agir sur l'élément fibrome seul, sans provoquer de ménopause. Aussi, pour l'instant, le traitement radiothérapique est un traitement d'exception qui peut être dangereux quelquefois et l'intervention chirurgicale, myomectomie ou hystérectomie, reste pour l'instant la seule thérapeutique des fibromes de l'utérus.

3° Suppression simultanée du fibrome et de l'utérus.

Dans le traitement des fibromes de l'utérus compliquant la grossesse, l'hystérectomie est une opération de nécessité. Cette opération est justifiée : si la malade est près de la ménopause ; si l'énucléation est impossible à cause de la situation, du volume ou de la multiplicité des tumeurs ; après l'opération césarienne afin de prévenir des grossesses qui mettraient trop en danger la vie de la malade.

L'hystérectomie permet d'éviter toutes complications obstétricales. Si l'on se trouve amené à intervenir à un stade peu avancé de la grossesse, alors que le fœtus n'est pas viable, les conditions sont les mêmes que s'il s'agit d'une hystérectomie en dehors de la grossesse. Le produit de conception ne compte pas. On peut extraire fibrome et utérus sans avoir besoin d'ouvrir ce dernier.

On a le choix entre l'hystérectomie abdominale ou vaginale ; mais celle-ci n'a que de rares indications et tend à être de plus en plus délaissée. C'est donc à l'hystérectomie abdominale qu'on donne la préférence : celle-ci pouvant être totale ou supra-vaginale.

Cette dernière est certainement plus rapide, elle n'expose pas aux hémorragies de la tranche vaginale et dispense d'ou-

vrir le vagin ; mais pour y recourir, faut-il qu'elle puisse permettre l'ablation totale de la tumeur. Elle a, de plus, l'inconvénient de laisser un moignon cervical qui peut être lui-même myomateux ou diversement affecté et qui plus tard pourra être le siège de transformations néoplasiques diverses.

C'est pour cette raison, que beaucoup d'auteurs préfèrent l'hystérectomie totale pendant la grossesse :

Lorsque l'intervention se trouve motivée à une époque rapprochée du terme, alors que l'enfant est viable, l'hystérectomie doit être précédée de l'opération césarienne. Celle-ci est indiquée toutes les fois que la délivrance par les voies naturelles : contusionnerait la tumeur et prédisposerait ainsi à l'infection et à la dégénérescence ; serait extrêmement difficile en présence de fibromes volumineux et multiples gênant les contractions utérines ; serait mécaniquement impossible ; ou enfin traumatiserait sérieusement les tissus maternels au point de mettre en danger la vie de la mère et de l'enfant.

Nous ne croyons pas qu'il faille s'en tenir à la césarienne conservatrice, car si en agissant ainsi l'opérateur remplit l'indication pressante, qui est de délivrer la mère de sa grossesse et de sauver le fœtus, il laisse la mère exposée à une nouvelle grossesse, avec retour probable des mêmes accidents.

On pourrait objecter en faveur de la césarienne simple, qu'après l'accouchement, les fibromes peuvent regresser et même disparaître et qu'à une grossesse ultérieure, il peut ne pas se produire d'accidents ; mais dans certains cas au lieu de décroître les fibromes prennent une extension rapide, une véritable marche galopante ; ils peuvent se nécroser, se sphaceler, être ainsi une nouvelle menace pour la femme et rendre l'hystérectomie inévitable.

Certains auteurs enlèvent également l'utérus, contenant le fœtus sans avoir au préalable ouvert l'organe. Cette pratique, très logique, quand il s'agit d'un enfant mort ou d'un utérus infecté, parce qu'en évitant l'ouverture de l'œuf on n'a pas la crainte de voir le liquide amniotique souiller les compresses, ne saurait se recommander en cas d'enfant vivant, sauf

certain cas particuliers où chez une femme anémiée on désirerait réduire au minimum toute perte de sang.

C'est en effet compromettre la vie de l'enfant, que ne l'extraire qu'après avoir enlevé l'utérus quelle que soit l'habileté et la rapidité d'exécution de l'opérateur. Lepage condamne cette pratique à cause de l'état de pâleur et de demi-syncope dans lequel se trouvent ces enfants.

Après la césarienne, l'opération sera complétée par l'ablation de l'utérus et des fibromes, en recourant suivant les circonstances à l'hystérectomie supra-vaginale ou à l'hystérectomie totale.

Nous ne citerons que pour mémoire, l'amputation utéro-ovarique avec pédicule externe ou opération de Porro, qui tend de plus en plus à être abandonnée.

CHAPITRE IX

RÉSULTATS

Nous allons envisager successivement, les résultats qu'ont données chacune des interventions préconisées, dans le traitement au cours de la grossesse.

L'avortement, comme nous l'avons dit, est une opération illogique; M. Pozzi, dans son traité de gynécologie, n'en parle, avec raison, que pour mémoire. Nous avons vu les dangers de cette intervention irrationnelle.

La mortalité est d'ailleurs assez forte. Kircheimer signale une mortalité de 40 %.

La myomectomie est, comme nous l'avons dit, une opération idéale. Fontaine, dans sa thèse, établit une statistique des cas de myomectomie trouvés dans la littérature depuis 1874 à 1913. Il signale, sur 56 cas de myomectomie, 48 cas de guérison, avec 23 accouchements à terme et trois avortements, dans la période allant de 1874 à 1900. Dans celle allant de 1900 à 1913, il signale 31 cas de myomectomie, avec 30 cas de guérison, 26 accouchements à terme et 2 avortements seulement.

En comparant ces périodes, on voit que de 1874 à 1900, il y a 90 % de guérison; 46 % d'accouchements à terme, 12 % d'accouchements prématurés et 14 % de mortalité maternelle, avec 40 % de mortalité fœtale.

De 1900 à 1913, on enregistre 98 % de guérison, 86 % d'accouchements à termes, 6 % d'accouchements prématurés, avec 6 % de mortalité maternelle et 5 % de mortalité fœtale. Cette statistique semble extrêmement brillante. Turner de son côté, avait noté 4 cas de mort sur 44 observations, mais les résultats semblent avoir été depuis notablement améliorés. D'après Heineck, chez 117 malades, chez lesquels il fit la

myomectomie, il n'eut que 2 morts maternelles; chez 85 des 117 malades, la grossesse ne fut pas troublée et vint à terme; 28 fois, la myomectomie fut cependant suivie d'avortement. La myomectomie entraîne-t-elle la possibilité d'une rupture de l'utérus dans les grossesses futures? D'une manière générale, la cicatrice utérine de la myomectomie, résiste au traumatisme de l'accouchement; nombreux sont les cas de grossesse chez les femmes ayant subi une myomectomie antérieure. Goullioud, a observé 5 cas de grossesse après myomectomie, dont 4 parvinrent à terme. Winter, sur 314 cas d'énucléation vaginale ou abdominale, ne compte que 7 grossesses. Raoul Graf, sur 39 cas, a eu une seule grossesse arrêtée au troisième mois. Klein, rapporte un cas de grossesse à terme, après énucléation d'un gros fibrome intra-pariétal, avec large ouverture de la matrice. Il s'agissait d'une femme de 36 ans, porteur d'un fibrome intra pariétal, siégeant dans la corne utérine droite. On fit l'énucléation en Juillet 1918; après l'ouverture de la cavité utérine, sur une longueur de dix centimètres environ. Suture au catgutt à plusieurs étages. Guérison parfaite. Règles normales jusqu'au 1^{er} Janvier 1920. Revue en avril 1920, elle était enceinte de quatre mois. Le 10 octobre 1920, elle accoucha à terme d'un enfant de 7 livres; présentation de pied, suites de couches normales.

Les interventions obstétricales, au cours de la grossesse, au moment du travail chez les femmes porteurs de fibromes utérins, ne donnent pas un excellent résultat. Les applications de forceps et les versions doivent, en général, être proscrites; sur 52 applications, on compte 19 morts maternelles et 23 morts fœtales.

L'opération césarienne, suivie ou non d'hystérectomie, semble être celle qui donne le meilleur résultat. Nous ne parlons que pour mémoire de la césarienne vaginale de Durhssen, qui donne une mortalité maternelle de 18 % et une mortalité fœtale de 62 %. Il n'en est pas de même de la césarienne abdominale qui paraît être l'opération de choix.

D'après les statistiques de Olshausen Léopold, Turner, la mortalité maternelle n'est que de 5 % en moyenne et la morta-

foétale de 10°/o environ, Heineck, a fait 65 opérations césariennes qui donnèrent 59 enfants vivants. On voit, d'après ces statistiques que la césarienne abdominale est une opération qui donne relativement peu de mortalité. Elle est, en générale suivie d'hystérectomie totale ou subtotale.

D'après Jamain, l'hystérectomie subtotale ne donnerait que 6 °/o de mortalité, tant qu'à l'hystérectomie totale, le même auteur en a réuni 67 cas avec 13 morts, soit une moyenne de 19. Grâce au progrès de technique opératoire et d'asepsie, une statistique récente portant sur 70 cas, a vu s'abaisser la mortalité à 8°/o. L'hystérectomie est une opération de nécessité, mais quand elle suit une césarienne bien pratiquée c'est l'opération en faveur de laquelle sont les meilleures statistiques.

CONCLUSIONS

1° — Il est impossible de formuler, à propos des fibromes compliquant la grossesse, une règle de conduite absolue. Les cas sont trop différents et à chacun d'eux correspond une indication spéciale.

2° — D'une manière générale, les fibromes gravidiques étant le plus souvent bien tolérés pendant la grossesse, l'abstention opératoire doit être la règle générale : on peut donc attendre et laisser la grossesse évoluer. Cependant, l'expectation ne doit pas être poussée trop loin sous peine de devenir dangereuse. Il faut, en effet, intervenir aussitôt qu'apparaissent les accidents de compression des signes de réaction péritonéales ou lorsque l'état général s'altère. L'intervention est spécialement indiquée quand il s'agit de fibromes pelviens et que la grossesse est à son début. En présence d'une grossesse de six ou sept mois, on fera tout son possible pour attendre le terme.

3° — L'opération idéale pendant la grossesse est la myomectomie qui permet de conserver l'utérus tout en enlevant le fibrome, cause des accidents et cause possible de dystocie au moment de l'accouchement. Cette opération a donné de bons résultats et devra être tentée chaque fois qu'elle paraîtra possible.

4° - Au moment de l'accouchement, lorsque le fibrome est cause de dystocie, on devra renoncer, sauf de très rares exceptions, aux interventions obstétricales forceps ou version. On devra recourir d'emblée à la césarienne qui sera suivie de myomectomie, lorsque celle-ci sera praticable ou plus souvent d'hystérectomie subtotale ou totale.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
J. GUYOT.

Vu :
Le Doyen,
D^r C. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 18 Juillet 1922.
Pour le Recteur de l'Académie,
Le Doyen délégué,
D^r C. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLEN. — *American Journal Obstetrical*, 1909.
- AMBROISE PARÉ. — Des causes de la difficulté d'accoucher.
- ARNHEIM. — Thèse de Munich, 1904.
- BALARD. — *Bulletin Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1914.
- BAR. — *Journal des Praticiens*, 1912.
- BECK. — *American Journal Obstetrical*, 1917.
- BÉGOUIN. — *Paris Médical*, Juin 1922.
- BÉGOUIN. — Précis de Pathologie Chirurgicale, Tome IV.
- BENDER. — *Bulletin Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1914.
- BÉRARD. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, Lyon 1908.
- BERGER. — Thèse de Paris, 1907.
- BERNIOLLE. — Thèse de Paris, 1906.
- BLANCHARD. — Thèse de Paris, 1907.
- BOURSIER. — Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique, Nantes 1901.
- BRINDEAU. — *Bulletin Société Obstétrique et Gynécologie*, 1911.
- BUE. — *Bulletin Société Obstétrique et Gynécologie*, Paris 1910.
- BURTY. — Thèse de Paris, 1907.
- CHAHBAZZIAN. — Thèse de Paris, 1882.
- CHAMBRELENT. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1913.
- CHAVANNAZ. — *Revue de Gynécologie*, 1911.
- CHAVANNAZ. — *Gynécologie et Obstétrique*, 1920.
- COMDANIN. — *Lyon Médical*, 1903.

- COUVELAIRE. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1910.
- DAVIS. — *American Journal Obstetrical*, 1913.
- DELAGIENIÈRE. — Congrès de Nantes, 1901.
- DELBET. — *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1902.
- DELBET. — *Presse Médicale*, Décembre 1921.
- DEMONS. — *Revue de Chirurgie*, 1898.
- DÈVE. — Thèse de Lyon, 1904.
- EUSTACHE. — Congrès de Paris, 1900.
- FABRE. — *Lyon Médical*, 1905.
- FAURE. — *Presse Médicale*, 1909.
- FONTAINE. — Thèse de Paris, 1914.
- FIEUX. — *Bulletin Médical*, 1897.
- FORGUE et MASSABUAU. — *Gynécologie*, 1916.
- GROSSE. — Thèse de Paris, 1902.
- GUYOT. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1913.
- GUYOT et ANDERODIAS. — *Journal de Médecine de Bordeaux*,
Octobre 1920.
- HOFMEIER. — *Zeitschrift für geb und gyn*, 1900.
- HEIMO. — *Annales de Gynécologie*, Avril 1917.
- HEINECK. — *Medical Recorder Chicago*, 1920.
- JAMAIN. — Thèse de Paris, 1907.
- JOUBERT. — Thèse de Paris, 1907.
- LEFOUR. — Thèse d'agrégation, 1880.
- LEPAGE. — *Société d'Obstétrique et de Gynécologie et de Pédiatrie*,
1903-1906.
- LUCAS. — Thèse de Paris, 1900.
- MARX. — *American Journal Obstetrical*, 1905.
- MEHEUT. — Thèse de Paris, 1902.
- MORAN. — *American Journal Obstetrical*, 1911.
- MOUCHOTTE. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1911.

- NETTER. — Thèse de Paris, 1911.
- NICOLAS. — *Paris Chirurgical*, 1910.
- PAUCOT. — *Bulletin Société Obstétrique et Gynécologique*. Paris 1914.
- PINARD. — Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, 1901, 1903, 1907.
- PIQUAND et LEMELAND. — *Revue de Gynécologie*, 1909.
- POITEVIN DE FONTGUYON. — Thèse de Bordeaux, 1899.
- POTOCKI. — Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, Avril 1911.
- POZZI. — *Presse Médicale*, 1908.
- POZZI. — *Traité de Gynécologie*.
- QUENEU. — Société de Chirurgie, 1902.
- RIBEMONT, DESSAIGNES et LEPAGE. — *Traité d'Obstétrique*.
- TARNIER. — Thèse d'agrégation, 1860.
- TURNER. — Thèse de Paris, 1900.
- STONE. — *American Journal Obstetrical*, 1910.
- VARNIER. — *Annales de Gynécologie*, 1901.
- VIGNARD. — *Gazette Médicale de Nantes*. 1905.
- WARD. — *American Journal Obstetrical*, 1909.
- ZABOROWSKI. — Thèse de Paris, 1891.
-

